Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3-4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 M, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 8. 22. Februar 1898. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 45. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem hygienischen Institut der Universität München.

Hyperleukocytose durch Guajacetin bei Versuchsthieren.

Von Dr. *Wilhelm Gemünd.*

Guajacetin ist, wie Guajacol, ein Brenzcatechinderivat, nämlich das Natriumsalz der Brenzcatechinmonoacetsäure, zeichnet sich aber vielen anderen Benzolkörpern, wie z. B. der Salicylsäure gegenüber, aus durch bedeutende Wasserlöslichkeit bei gleichzeitiger Ungiftigkeit.

Guajacol	Brenzcatechinmonoacetsäure
$C_6H_4 \begin{cases} O.CH_3 \\ OH \end{cases}$	$C_6H_4 \begin{cases} O.CH_2.COOH \\ OH \end{cases}$

Die Ungiftigkeit gilt zunächst für niedere Pilze. Bierhefe vermag in einer Zuckerlösung, welche selbst 5 Proc. Guajacetin gelöst enthält, noch Gärthätigkeit auszuüben. Dem entspricht die volle Unschädlichkeit des Guajacetin bei innerlichem Gebrauche beim Menschen, von der wir uns durch Selbstversuche überzeugten.

Angesichts dieser Vorzüge konnte uns die etwas übermässige Reclame zu Gunsten des Guajacetins von Seite der erzeugenden Firma [1]) nicht abhalten, dem Stoff in Bezug auf seine etwaige Eignung als Reizmittel für Hyperleukocytose-Erregung unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Eine derartige Wirkung durfte man von einem Brenzcatechinderivat erwarten, wenn demselben schädliche Nebenwirkungen fehlten, wie es hier der Fall war.

Nachdem bereits Dr. W. Risel im hiesigen Institut im Sommer 1897 eine Reihe von Versuchen angestellt hatte, durch welche er nachwies, dass bei Meerschweinchen und Kaninchen ziemlich constant nach Einverleibung von Guajacetin, subcutan oder per os, Hyperleukocytose eintrat, nahm ich nach dessen Weggang auf Anregung von Prof. Buchner diese Versuche wieder auf.

Versuch I. Kaninchen, 2220 g.
22. X. 1897. 10 h. a. m. 14 200 Leukocyten im Ohrvenenblut,
3 h. p. m. 13 400 „ „ „
23. X. 1897. 10 h. a. m. 11 600 „ „ „
3 h. p. m. 12 400 „ „ „
24. X. 1897. 10 h. a. m. 12 200 „ „ „
11 h. a. m. 1 g Guajacetin per os,
3 h. p. m. **21 000** Leukocyten,
5 h. p. m. **22 200** „
25. X. 1897. 10 h. a. m. 10 000 „
3 h. p. m. 12 200 „
4 h. p. m. 1 g Guajacetin per os,
26. X. 1897. 10 h. a. m. 14 000 Leukocyten,
3 h. p. m. 8 200 „

Versuch II. Anderes Kaninchen, 3030 g.
27. X. 1897. 10 h. a. m. 11 200 Leukocyten im Ohrvenenblut,
3 h. p. m. 10 200 „ „ „
28. X. 1897. 10 h. a. m. 14 200 „ „ „
11 h. a. m. 1 g Guajacetin per os,
4 h. p. m. **23 000** Leukocyten,
29. X. 1897. 10 h. a. m. 14 000 „
3 h. p. m. 8 200 „
4 h. p. m. 1 g Guajacetin per os,
30. X. 1897. 10 h. a. m. 14 800 Leukocyten,
11 h. a. m. 1 g Guajacetin per os,
4 h. p. m. **19 400** Leukocyten,

[1]) Majert und Ebers, Grünau-Berlin.

No. 8

31. X. 1897. 10 h. a. m. 13 000 Leukocyten.
10 h. a. m. 1 g Guajacetin per os,
12 h. a. m. 1 g Guajacetin per os,
1 h. p. m. **17 800** Leukocyten,
4 h. p. m. **16 400** „
6 h. p. m. 10 400 „

Versuch III. Anderes Kaninchen, 2450 g.
11. XI. 1897. 9 h. a. m. 11 400 Leukocyten im Ohrvenenblut,
9 h. a. m. 2 g Guajacetin per os,
11 h. a. m. 12 600 Leukocyten,
1 h. p. m. **16 800** „
3 h. p. m. **19 800** „
5 h. p. m. **18 400** „
12. XI. 1897. 9 h. a. m. 14 800 „
13. XI. 1897. 9 h. a. m. 12 600 „

Versuch IV. Hund, 6140 g.
17. XI. 1897. 8 h. a. m. 16 000 Leukocyten,
3 h. p. m. 14 600 „
18. XI. 1897. 10 h. a. m. 12 000 „
11 h. a. m. 5,0 g Guajacetin per os,
3 h. p. m. 11 000 Leukocyten,
6 h. p. m. **22 500** „
19. XI. 1897. 10 h. a. m. 15 750 „
3 h. p. m. 12 000 „
20. XI. 1897. 10 h. a. m. 13 800 „

Nachdem durch diese Versuche festgestellt war, dass die Hyperleukocytose am constantesten ca. 6 Stunden nach Einverleibung des Mittels auftrat, wurden Versuche über die bactericide Leistung unter dem Einfluss von Guajacetin angestellt, derart, dass zunächst das normale Blut des betreffenden Thieres auf seine bactericide Leistung geprüft, dann dem Thiere mit der Magensonde Guajacetin einverleibt wurde und 6 Stunden später das hyperleukocytotisch gewordene Blut wiederum unter möglichst gleichen Bedingungen wie das erste Mal auf seine bactericide Leistung geprüft wurde.

Versuch Va. Normales Hundeblut.

Einem Hunde wurde aus der Carotis Blut entnommen, sofort defibrinirt und zu je 3 ccm in sterile Reagensröhrchen vertheilt, von denen zwei ½ Stunde bei 55° erwärmt, d. h. inactivirt wurden. Die Röhrchen mit unverändertem Blut wurden mit je 2, 4, 6 Tropfen einer schwachen Emulsion von Bact. coli inficirt, ebenso die inactivirten Röhrchen mit je 1 Tropfen. Etwa 10 Minuten nach der Impfung, ebenso nach 2 Stunden, 5 und 24 Stunden, wurden mit derselben Platinöse aus den inficirten Röhren Blutproben entnommen und damit Gelatineplatten angelegt.

Normales Blut.

Inhalt der Proben	Colonienzahlen			
	ca. 10 Min. nach Aussaat	nach 2 Stunden	nach 5 Stunden	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 2 Tropf. Coli-Emulsion	3660	129	19	ca. 200 000
	3240	94	17	
je 3 ccm def. Blut + 4 Tr. Coli-Em.	7980	408	26	ca. 300 000
	8700	265	22	
je 3 ccm def. Blut + 6 Tr. Coli-Em.	10 200	332	80	ca. 600 000
	11 800	348	34	

Inhalt der Proben	Colonienzahlen: ca. 10 Min. nach Aussaat	nach 2 Stunden	nach 5 Stunden	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	1550	2880	126 000	unzählige
	1740	.	.	.
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	1780	.	.	.
	1630	.	.	.

Versuch Vb. Guajacetinblut.

Derselbe Hund erhält $6^1/_2$ Stunden vor der Blutentnahme 5 g Guajacetin per os. Leukocytenzahl 6 Stunden vor der Blutentnahme 13 400, kurz vor der Blutentnahme 19 400. Im Uebrigen dieselbe Versuchsanordnung wie Va.

Guajacetinblut.

Inhalt der Proben	Colonienzahlen: ca. 10 Min. nach Aussaat	nach 2 Stunden	nach 5 Stunden	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 2 Tropf. Coli-Emulsion	352 } Aussaat ca. 1000	12	0	0
	278 }	20	0	0
je 3 ccm def. Blut + 4 Tr. Coli-Em.	542 } Aussaat ca. 2000	27	0	0
	612 }	15	0	0
je 3 ccm def. Blut + 6 Tr. Coli-Em.	1256 } Aussaat ca. 3000	28	0	0
	932 }	122	0	0
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	434	1040	ca. 100 000	unzählige
	556	.	.	.
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	568	.	.	.
	448	.	.	.

Wie aus den beiden inactivirten Röhrchen ersichtlich ist, gelangten hier in 1 Tropfen ca. 500 Keime pro Oese zur Aussaat. Demnach mussten in den nicht inactivirten Röhrchen 1000, 2000 und 3000 Keime zur Aussaat gelangt sein; die nach ca. 10 Minuten gegossenen Platten ergaben aber weit geringere Zahlen, ein Umstand, der nur dadurch zu erklären ist, dass innerhalb 10 Minuten bereits eine beträchtliche Abtödtung der Keime stattgefunden hatte. Es müssen daher zum Vergleich die thatsächlichen Aussaatmengen 1000, 2000 und 3000 berücksichtigt werden. Geschieht dies, so ergibt sich beim Versuch Va für die Röhrchen mit 2 Tropfen Coli-Emulsion eine Aussaatmenge von 3240—3660 gegenüber einer entsprechenden von ca. 3000 beim Versuch Vb für die Röhrchen mit 6 Tropfen Coli-Emulsion. Die Colonienzahlen nach 2, 5 und 24 Stunden ergeben dann ein Ueberwiegen des bactericiden Effects bei Versuch Vb, d. h. eine bedeutend stärkere bactericide Leistung des Guajacetinblutes.

Versuch VIa. Normales Kaninchenblut. Um bei den zu Anfang des Versuchs zu giessenden Platten die thatsächliche Aussaatmenge zu erhalten, wurden bei den nun folgenden Versuchen die einzelnen Reagensröhrchen erst unmittelbar vor dem Giessen der Platten geimpft; es gelang auf diese Weise, eine Uebereinstimmung zwischen den Röhrchen mit activem und inactivem Blut zu erzielen. Im Uebrigen war die Versuchsanordnung eine ähnliche wie beim vorigen Versuch.

Normales Kaninchenblut.

Inhalt der Proben	Colonienzahlen: unmittelbar nach Aussaat	nach 3 Stunden	nach 5 Stunden	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 1 Tropf. Coli-Emulsion	1360	608	304	} unzählige
	740	540	282	
je 3 ccm def. Blut + 5 Tr. Coli-Em.	4800	2270	1410	} unzählige
	4560	2160	960	
je 3 ccm def. Blut + 10 Tr. Coli-Em.	12 420	6800	23 040	} unzählige
	13 500	9120	25 560	
je 3 ccm def. Blut + 15 Tr. Coli-Em.	17 400	25 560	70 200	} unzählige
	14 060	23 040	64 800	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	840	.	.	
	770	.	.	
je 3 ccm def. Blut 55° C + 5 Tr. Coli-Em.	5400	.	.	
	6200	.	.	

Versuch VIb. Dasselbe Kaninchen erhält 6 Stunden vor der Blutentnahme (Leukocytenzahl 12 000) $2^1/_2$ g Guajacetin per os. Leukocytenzahl unmittelbar vor dem Versuch 21 800.

Kaninchen-Guajacetinblut.

Inhalt der Proben	Colonienzahl: unmittelbar nach Aussaat	nach 3 Stunden	nach 5 Stunden	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 1 Tropf. Coli-Emulsion	480	64	7	520
	?	52	10	640
je 3 ccm def. Blut + 5 Tr. Coli-Em.	2100	290	125	} unzählige
	2250	400	116	
je 3 ccm def. Blut + 10 Tr. Coli-Em.	3360	970	520	} unzählige
	3180	770	380	
je 3 ccm def. Blut + 15 Tr. Coli-Em.	5710	2490	1610	} unzählige
	5120	2120	1530	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	440	.	.	
	480	.	.	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 5 Tr. Coli-Em.	2100	.	.	
	1940	.	.	

Versuch VIIa.

Normales Hundeblut.

Inhalt der Proben	Colonienzahlen: unmittelbar nach Aussaat	nach 3 Stunden	nach $5^1/_2$ Stdn.	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 1 Tropf. Coli-Emulsion	2640	284	15	1440
	2960	264	11	1520
je 3 ccm def. Blut + 5 Tr. Coli-Em.	14 680	820	88	} unzählige
	13 500	780	62	
je 3 ccm def. Blut + 10 Tr. Coli-Em.	23 220	1340	240	} unzählige
	21 600	980	270	
je 3 ccm def. Blut + 15 Tr. Coli-Em.	30 780	2460	680	} unzählige
	33 480	2040	580	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	2540	.	.	
	2760	.	.	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	2580	.	.	
	2940	.	.	

Versuch VIIb. Derselbe Hund erhält 6 Stunden vor der Blutentnahme (Leukocytenzahl 12 400) 5 g Guajacetin per os. Unmittelbar vor dem Versuch 20 800 Leukocyten.

Hunde-Guajacetinblut.

Inhalt der Proben	Colonienzahlen			
	unmittelbar nach Aussaat	nach 3 Stunden	nach 5½ Stdn.	nach 24 Stunden
je 3 ccm def. Blut + 1 Tropf. Coli-Emulsion	1780	43	4	530
	1460	39	1	640
je 3 ccm def. Blut + 5 Tr. Coli-Em.	10 200	680	220	unzählige
	9 300	620	180	
je 3 ccm def. Blut + 10 Tr. Coli-Em.	17 320	840	540	unzählige
	16 400	730	480	
je 3 ccm def. Blut + 15 Tr. Coli-Em.	22 800	1640	870	unzählige
	24 200	?	680	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	1360	.	.	
	1280	.	?	
je 3 ccm def. Blut 55° C. + 1 Tr. Coli-Em.	1740	.	.	
	1820	.	.	

Wie Vergleiche zwischen Versuch VIa u. VIb und ebenso zwischen Versuch VIIa u. VIIb ergeben, spricht sich bei diesen Versuchsreihen keine Steigerung der bactericiden Leistung des Guajacetinblutes aus. Unter 3 Versuchen ist es sonach nur einmal gelungen, eine deutlich gesteigerte bactericide Leistung des durch Guajacetindarreichung hyperleukocytotisch gewordenen Blutes gegenüber den Colibacterien nachzuweisen. Dagegen hat sich die Hyperleukocytose erregende Wirkung des Guajacetins bei Darreichung per os in sämmtlichen 7, an Hunden und Kaninchen angestellten Versuchen bewährt.

Die Voraussetzung, von der ausgegangen worden war, dass das Guajacetin im Thierorganismus als Reizmittel wirken könne, scheint demnach zutreffend, und dürften die angeführten Versuchsresultate wohl zu klinischen Versuchen mit Guajacetin in geeigneten Fällen ermuthigen.

Ueber den Halogenstoffwechsel und seine Bedeutung für den Organismus.

Von *F. Blum* in Frankfurt a. M.

Es ist noch in frischer Erinnerung, welch' allgemeines Aufsehen die Entdeckung Baumann's von dem normalen Vorkommen von Jod im Organismus hervorgerufen hat. Seine und seines Mitarbeiters Roos Arbeiten stellten fest, dass in der Schilddrüse sich fast stets Jod nachweisen lässt, und dass diese Drüse eine organische Jodverbindung enthält, die die specifisch wirksame Substanz der Thyreoidea darstellt. Alsbald begann im Anschluss an jene Veröffentlichungen eine lebhafte Discussion über den physiologischen und therapeutischen Werth des isolirten Präparates im Vergleich mit anderen Schilddrüsenextracten und der Thyreoidea selbst. Wenn die Ergebnisse der vergleichenden Untersuchungen auch nicht allenthalben übereinstimmende Resultate geliefert haben, so dürfte doch heute feststehen, dass das Jod einen wichtigen Bestandtheil jedes wirksamen Schilddrüsenderivates bildet, und dass das Baumann'sche Jodothyrin (Thyrojodin) gerade so viel leistet, wie alle bisherigen Schilddrüsenpräparate.

Vor Jahresfrist habe ich alsdann im Anschlusse an die von mir gemachte Beobachtung, dass sich Eiweisskörper mit Halogen substituiren und unter Beibehaltung ihres in das Molecül eingetretenen Halogens, ähnlich wie die Jodsubstanz der Schilddrüse, spalten lassen, die Frage angeregt, ob nicht das Jodothyrin ein Spaltungsproduct eines Schilddrüsenjodeiweisses sein könne.

Im Juni 1897 habe ich in einem Vortrage gelegentlich des Congresses für innere Medicin die aufgeworfene Frage aus der Analogie zwischen den Jodderivaten der Schilddrüse und des synthetisch hergestellten Jodeiweisses, sowohl in chemischer als auch in physiologischer Beziehung bejahen zu können geglaubt, und seit jener Zeit haben meine Untersuchungen eine Reihe von neuen Belegen für die Richtigkeit der erwähnten Anschauung erbracht.

Zugleich ergaben sich für die Beurtheilung des gesammten Halogenstoffwechsels[1]) des Organismus neue Gesichtspunkte, die einen Einblick in diesen eminent wichtigen Lebensvorgang gestattet haben, so dass nunmehr eine ausführlichere Veröffentlichung angezeigt sein dürfte.

Im Folgenden soll zunächst die Natur der Jodsubstanz der Schilddrüse besprochen werden; daran möge sich ein Bericht über die Ermittelungen betreffs ihrer Entstehung anschliessen. Die weiteren Untersuchungen, über die Mittheilungen gemacht werden sollen, erstrecken sich auf das Schicksal jener Jodsubstanz im Organismus und auf die Lebensthätigkeit der Schilddrüse, die sich im Lichte der zu schildernden Beobachtungen anders darstellen dürfte, als man seither angenommen hat.

I. Die Jodsubstanz der Schilddrüse.

Bisher war man der Anschauung, das Jodothyrin sei die eigentlich wirksame Substanz der Schilddrüse und komme in ihr zum kleineren Theil frei (also mit Alkohol extrahirbar), zum grösseren Theile an Eiweiss gebunden — als Jodothyrin-Eiweiss — vor. Demgegenüber haben meine Untersuchungen ergeben, dass aus Schilddrüsen mittels heissem Alkohol nur minimale Mengen jodhaltiger Substanz extrahirt werden können, die nicht die chemischen Eigenschaften des Jodothyrins besitzen. Ebenso wie die in Alkohol unlösliche Hauptmenge, zeigen diese Spuren der Jodsubstanz Eiweisscharakter und unterscheiden sich durch die Löslichkeitsverhältnisse, sowie durch ihren geringeren Jod- und hohen Schwefelgehalt von dem Jodothyrin in prägnanter Weise.

Es handelt sich hier offenbar um ein Jodalbuminat, das ähnlich wie das nicht jodirte Alkalialbuminat etwas in warmem, circa 90 proc. Alkohol löslich ist.

Freies Jodothyrin findet sich also nicht in den Schilddrüsen und lässt sich aus ihnen auch nicht durch Kochen mit Alkohol, etwa wie das Lecithin aus dem mit Aether erschöpften Eigelb, abspalten; sondern man erhält bei der Alkoholextraction nur eine Jodsubstanz, die ihrem chemischen Verhalten nach zu den Eiweisskörpern zu zählen ist.

Auch andere gelinde Eingriffe vermögen nicht Jodothyrin aus der Jodsubstanz der Schilddrüse frei zu machen. Bringt man z. B. den wässerigen Auszug von Schilddrüsen, in den nach genügend langer Extraction der bei Weitem grössere Theil der Jodsubstanz übergegangen ist, durch Erhitzen ev. unter Salzzusatz zur Gerinnung, so enthält das Coagulum alles Jod, jedoch nicht in Form von Jodothyrin, sondern noch immer an Eiweiss gebunden. Es hat also der Gerinnungsprocess keinerlei Abspaltung von Jodothyrin bewirkt. Das kann am besten dadurch dargethan werden, dass einerseits dem Coagulum freies Jodothyrin (durch Alkohol) nicht entzogen wird; andererseits die geronnene Eiweissmasse, wenn man ihre wässerige Aufschwemmung der Einwirkung von überhitztem Wasserdampfe aussetzt, wiederum in Lösung geht, ohne dass jedoch, wenigstens soweit es mit den heutigen Mitteln nachweisbar ist, die Art der Jodbindung in der hierbei entstehenden, neuen löslichen, aber incoagulablen Jodeiweissart verschieden geworden wäre gegenüber derjenigen in dem genuinen Jodeiweiss der Schilddrüse.

Dieses auf die eben geschilderte Weise gewonnene, in Wasser lösliche, beim Aufkochen nicht gerinnbare, also einer Sterilisation leicht zugängliche Jodeiweiss der Schilddrüse möge die Bezeichnung «Thyrogen c» tragen; es ist selbstverständlich, dass ein solches Präparat, sofern es die physiologischen Eigenschaften der bisherigen Schilddrüsenpräparate beibehalten hat, vor letzteren gerade wegen der Art seiner Darstellung, seiner Löslichkeit und Sterilisirbarkeit wesentliche Vorzüge besitzen muss.

[1]) Unter «Halogenstoffwechsel» ist hier nicht etwa die Vergleichung von Zu- und Ausfuhr von Halogenverbindungen zu verstehen; sondern es sollen damit diejenigen Umsetzungen bezeichnet werden, die sich an Halogenverbindungen im Organismus vollziehen.

Coagulirt einerseits der wässerige, jodhaltige Schilddrüsenextract ebenso, wie gewöhnliche Albuminlösungen [2]), so gelingt es andererseits auch, mittels Formaldehyd den Extract in der gleichen Weise ungerinnbar zu machen, wie ich das früher für Ovo- und Serumalbuminlösungen gezeigt habe. Setzt man letzteren geringe Mengen Formol zu, so verlieren sie ihre Fähigkeit, beim Erhitzen zu gerinnen; ebenso braucht man einem wässerigen Schilddrüsenextract nur so viel Formol zuzufügen, dass es etwa einer $^1/_2$ bis 1 prom. Formollösung entspricht, um es nunmehr, ohne dass eine Coagulation auftrete, aufkochen zu können.

Die Jodsubstanz der Schilddrüse theilt mit den Albuminen also die Fähigkeit, beim Erhitzen ev. unter Salzzusatz zu gerinnen, und geht wie diese mit Formaldehyd in eine ungerinnbare Verbindung über; die letztere, die als «Thyrogen f» bezeichnet werden möge, wird ebenso wie Thyrogen c in ihrem physiologische nVerhalten später näher beleuchtet werden.

Ist durch das eben geschilderte Verhalten der gesammten Jodsubstanz eine nahe Verwandtschaft mit Albuminen documentirt, so ist doch dadurch immerhin die Möglichkeit noch nicht ausgeschlossen, dass das Jodothyrin in der Schilddrüse gepaart mit Eiweiss, wie man bisher für die Hauptmenge annahm, sich vorfindet. Es spricht jedoch dagegen, dass es nicht gelingt, Jodothyrin und Eiweiss unter Erhaltung der Eigenart beider Substanzen von einander zu trennen; vielmehr gehen alle Darstellungsmethoden des Jodothyrins mit einer tiefgreifenden Zersetzung der ursprünglich eiweissartigen Jodsubstanz der Schilddrüse einher, so dass man leicht auf den Gedanken kommen kann, das Jodothyrin sei nicht in der gemuthmaassten Jodothyrin-Eiweissverbindung in der Schilddrüse vorhanden, sondern es stelle nur ein Spaltungsproduct einer ursprünglich einheitlichen Verbindung und zwar eines Schilddrüsenjodeiweisses dar. Hierfür dürften auch folgende Beobachtungen zu verwerthen sein:

I. Das aus der eiweissartigen Jodsubstanz der Schilddrüse gewonnene Jodothyrin ist je nach seiner Bereitungsmethode eine in ihrer Zusammensetzung schwankende Verbindung.

II. Aus synthetisch dargestellten Jodeiweisspräparaten lassen sich durch Säuren und Laugen, sowie durch künstliche Verdauung Präparate gewinnen, die chemisch dem Jodothyrin in vielen Beziehungen nahestehen.

Unterwirft man Hammelsschilddrüsen, das klassische Material der Jodothyrinbereitung, der Einwirkung von verdünnten Säuren oder Laugen, so erhält man je nach der Einwirkungsdauer Spaltungsproducte von ganz verschiedenem Jodgehalt. **Baumann** selbst fand in einem Thyrojodin 2 Proc. Jod, in einem anderen, offenbar länger gespaltenen, über 9 Proc. und glaubte, einen Jodgehalt von circa 10 Proc. für das reine Jodothyrin annehmen zu sollen. Untersucht man die eiweissartige Jodsubstanz der wässerigen Auszüge von Hammelsdrüsen, so findet man zumeist einen Jodgehalt von etwas über 1 Proc.; die Jodsubstanz des durch Formaldehyd ungerinnbar gewordenen Wasserextracts von 25 Hammelsschilddrüsen «Thyrogen f» enthielt einmal 0,84 Proc., andere Male 1,3, 1,4 und 1,5 Proc. Jod.

Bei der weiteren Zerlegung und Reinigung des Thyrogens ebenso, wie der gesammten Schilddrüsen durch Säuren oder Alkalien stieg dann allmählich der Jodgehalt. So konnte bei der Spaltung von 100 Hammelsschilddrüsen mittels kochender Lauge (5 proc. Kalilauge) bei der ersten Unterbrechung ein Jodgehalt des gereinigten Präparates von 2,24 Proc., später ein solcher von 3,4 Proc. und zuletzt von 8,9 Proc. Jod festgestellt werden. Dies letztgenannte Präparat nun wurde auch durch lange fortgesetztes Aufkochen mit Lauge in seinem Jodgehalt nicht mehr deutlich verändert, so dass man hier das reine Jodothyrin vor sich zu haben glauben konnte; dass aber eine vollkommene Constanz doch noch nicht eingetreten war, zeigten die Schwefelanalysen; der Schwefelgehalt des Präparates mit 2,24 Proc. Jod betrug 1,8 Proc., derjenige des Präparates mit 3,4 Proc. Jod 0,44 Proc. S und bei der Analyse des 8,9 Proc. Jod enthaltenden Products waren anfänglich noch 0,13 Proc. Schwefel vorhanden und erst nach lange fortgesetzter Behandlung mit Alkali in der Wärme war endlich das Präparat schwefelfrei.

Mittels alkalischer Spaltung gelingt es nach meinen Untersuchungen stets, wofern man nur lange genug die Lauge einwirken lässt, schwefelfreie Präparate von annähernd gleichem Jodgehalt (ca. 9 Proc.) zu bekommen, die in derselben Weise wirksam sind, wie die schwefelhaltigen. Viel schwieriger lässt sich der Schwefel aus dem Jodothyrin durch Säuren oder künstliche Verdauung vollständig hinwegbringen; zu einem constanten, positiven Schwefelgehalt aber bin ich auf diese Weise nie gelangt, trotzdem der Jodgehalt nicht mehr zu schwanken schien.

Auf einen etwa aus der bis jetzt supponirten Jodothyrin-Eiweissverbindung noch nicht vollkommen abgespaltenen Eiweissantheil, oder überhaupt auf ein beigemengtes Eiweiss den Schwefel zu beziehen, ist natürlich ausgeschlossen, da bei der Grösse des Eiweissmoleculs und dessen geringem Schwefelgehalt eine Veränderung um wenige Zehntel schon sehr erhebliche Schwankungen im Jodgehalt des erzielten Productes hervorrufen müsste. Nimmt man nicht den sehr unwahrscheinlichen Zufall an, dass der Jodsubstanz als Verunreinigung ein bisher unbekannter organischer Schilddrüsenbestandtheil mit festgebundenem Schwefel anhafte, so bleibt kaum eine andere Erklärung, als die, dass Jod und Schwefel ursprünglich dem gleichen Molecül angehören; dass das Halogen aber wesentlich fester gebunden ist als der Schwefel, da es durch Kochen mit verdünnter Lauge oder Säure nicht aus seiner organischen Bindung befreit wird, während Schwefel bei der gleichen Procedur sich langsam loslöst.

Berücksichtigt man fernerhin noch, dass das mittels Lauge erhaltene schwefelfreie Jodothyrin bei einem Jodgehalt von 9 bis 10 Proc. immer noch eine Mindestmoleculargrösse von 13—1400 besitzen muss (bei der Annahme, dass nur 1 Jodatom im Molecül vorhanden ist; bei 2 verdoppelt sich die Zahl), so liegt nunmehr der Schluss schon viel näher, dass die ursprüngliche Jodsubstanz der Schilddrüse ein jodirtes Albumin ist, dessen grosses Molecül bei der Zerlegung allmählich zusammenschrumpft. Dabei gibt es zunächst reichlich Ammoniak ab, Schwefelwasserstoff aus dem locker gebundenen Schwefel, und, dem Geruche nach zu schliessen, auch Trimethylamin u. a. m. Ganz allmählich wird auch der fester gebundene Schwefel losgelöst und nunmehr bleibt der immer noch recht grosse N. u.-J. haltige organische Kern.

Fast zur Gewissheit[3]) wird aber der Schluss, dass das Jodothyrin nur einen Bruchtheil eines Schilddrüseneiweisses darstellt, wenn wir sehen, dass aus synthetisch gewonnenem Eiweiss sich ein durchaus analoger Kern herausschälen lässt.

Ich glaube, zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben[4]), dass bei der Einwirkung von Jod, Brom[5]) und Chlor auf Eiweisskörper bestimmte Substitutionsproducte mit fest gebundenem Halogen auftreten. Diese Beobachtung, die im Gegensatz zu den meisten früheren Angaben steht, ist mittlerweile von mehreren Seiten bestätigt [Liebreich[6]), Hopkins[7]), Hofmeister[8])] und von mir in Gemeinschaft mit W. Vaubel[9]) durch eine Reihe weiterer Belege neuerlich bekräftigt worden.

Erst die Feststellung der Thatsache, dass die Halogene mit Eiweisskörpern feste Verbindungen eingehen — sie substituiren —, durfte auf den Gedanken führen, die Jodsubstanz der Schilddrüse

---

[2]) Man findet in einem gewissen Gegensatz hierzu oft Wasserauszüge, die beim Aufkochen nicht gerinnen. Diese scheinbaren Ausnahmen dürften auf einer besonders starken Alkalescenz des Extracts bei geringer Concentration beruhen. Die Eiweisslösung verhält sich dann wie eine Alkalialbuminatlösung.

Setzt man der aufgekochten Flüssigkeit gleiche Theile Salzlösung zu und erhitzt von Neuem, so tritt nunmehr die Gerinnung ein, während sie bei den mit Formaldehyd vorher erwärmten Lösungen alsdann ausbleibt.

[3]) Eine volle Gewissheit wird man erst dann erlangen, wenn die Eiweissconstitution bekannt sein wird. Vielleicht wird gerade das Studium der Halogeneiweissderivate hierin aufklärend wirken.

[4]) Münchener med. Wochenschr. 1896, No. 45. Congress für innere Medicin, Juni 1897.

[5]) Loew hat bei der Einwirkung von Brom auf Albumin den Eintritt einer kleinen Menge von Brom in organische Bindung bereits 18?5, Journ. f. prakt. Chemie Bd. 31, nachgewiesen.

[6]) Ber. d. Deutsch. chem. Ges. 27. Sept. 1897. Merkwürdiger Weise scheinen diesem Autor, der seine Arbeit auf Veranlassung von Röhmann vornahm, meine diesbezüglichen chemischen wie physiologischen Veröffentlichungen entgangen zu sein.

[7]) Ibidem.

[8]) Zeitschr. f. phys. Chemie, Bd. XXIV, Heft 1 u. 2.

[9]) Journ. f. prakt. Chemie, December 1897.

mit dem synthetisch hergestellten Jodeiweiss zu vergleichen. Baumann, zu dessen Lebzeiten diese Entdeckung noch nicht vorlag, konnte desshalb die Möglichkeit, dass sein Jodothyrin keine selbständige Verbindung, sondern nur ein Bruchstück eines Jodeiweisses sei, überhaupt nicht in Betracht ziehen. So entstand, da ihm die Eiweissnatur der ungespaltenen Jodverbindung der Schilddrüse nicht entgangen war, folgerichtig die Vermuthung, das Jodothyrin befinde sich in der Thyreoidea in einer gepaarten Verbindung mit Eiweiss.

Heute liegt es natürlich viel näher, die eiweissartige Jodsubstanz der Schilddrüse als ein Schilddrüsenjodeiweiss anzusehen, wofern sich nur bei dem Vergleich jener Verbindung mit synthetisch hergestelltem Jodeiweiss genügende Uebereinstimmungen aufweisen lassen; und man wird in diesem Falle um so mehr geneigt sein, die Schilddrüsenjodsubstanz als ein Jodeiweiss und dieses wiederum als die Stammmutter des Jodothyrins anzusprechen, weil ja, wie oben gezeigt ist, mancherlei Bedenken gegen die einheitliche Natur und Präexistenz des Jodothyrins erhoben werden können.

Der Vergleich ergibt nun, dass in der That aus synthetisch dargestelltem Jodeiweiss, z. B. Jodalbumin, bei genügend langer Einwirkung von verdünnten Säuren, Alkalien oder künstlicher Magenverdauung, sich Verbindungen gewinnen lassen, die allen ihren chemischen Eigenschaften nach sich dem Jodothyrin analog verhalten. Wie dieses stellen sie den mit Jod substituirten Theil des Eiweissmoleculs dar; enthalten, sofern nur genügend jodirt wird, 9—10 und mehr Proc. Jod, das sie beim Aufkochen mit verdünnten Säuren, z. B. 10 proc. Schwefelsäure, oder Alkalien, sowie bei der Einwirkung von Reductionsmitteln und beim Erhitzen mit Silbernitratlösung, nicht abgeben, während Oxydationsmittel das Halogen ohne Schwierigkeit aus der organischen Bindung befreien. Das Jodothyrin zeigt Säurecharakter und in der gleichen Weise kommen den Spaltungsproducten des synthetisch gewonnenen Jodeiweisses die Eigenschaften schwacher Säuren zu.

Die Bezeichnung «Jodalbacid» trägt diesem Verhalten am besten Rechnung und möge desshalb für die reinsten, d. i. für die schwefelfreien, durch alkalische Spaltung gewonnenen jodirten Eiweissderivate Anwendung finden.

Das unzersetzte Jodeiweiss der Schilddrüse mit dem in der Retorte hergestellten ungespaltenen Jodeiweiss in Vergleich zu ziehen, geht nicht an, da es bei beiden bis jetzt noch nicht gelungen ist, sie frei von Beimengungen unter Erhaltung ihrer chemischen und physikalischen Eigenschaften zu isoliren; der Vergleich der viel reineren Spaltungsproducte aber lässt, wie gezeigt, ohne Schwierigkeit erkennen, dass hier Präparate vorliegen, die der gleichen Classe von Jodverbindungen entstammen — den Jodeiweisssubstanzen.

Das Jodothyrin ist also nur ein Spaltungsproduct der eigentlichen organischen Jodsubstanz der Schilddrüse; diese selbst aber gehört zu den Jodeiweisskörpern.

(Schluss folgt).

Ueber Struma intrathoracica.

Von Dr. *Krecke* in München.

Unter dem Namen Struma intrathoracica fasst man nach Wuhrmann[1]) zweckmässig alle Fälle von Struma zusammen, bei denen die Kropfgeschwulst in die obere Brustapertur hineinragt, gleichviel, ob eine Struma am Halse besteht oder nicht, und ob der intrathoracische Theil die unmittelbare Fortsetzung der letzteren bildet oder eine mehr oder weniger isolirte Geschwulst darstellt. Die sub- oder besser retrosternalen und ein Theil der retroclavicularen Kröpfe werden in diese Bezeichnung einbezogen.

Die Häufigkeit des intrathoracischen Kropfes beträgt nach Wölfler[2]) 6,7 Proc., nach Kocher 9,7 Proc. aller Strumen. Derselbe stellt also in keiner Weise ein seltenes Leiden dar, und jeder in Kropfgegenden beschäftigte Arzt wird mit dem Krankheitsbilde vertraut sein. Immerhin ist es nicht selten, dass das Leiden, zumal wenn am Halse keine Kropfgeschwulst sichtbar ist, verkannt wird, auch wird man nicht regelmässig alle Symptome der Erkrankung in typischer Weise vereinigt sehen. Ich scheue mich daher nicht, einen von mir vor einem Jahr beobachteten, ausserordentlich charakteristischen Fall von intrathoracischem Kropf zu veröffentlichen.

Josef Sch., 45 Jahre, Oekonom von Tirschenreuth, von Herrn Dr. H. Bock hierselbst meiner Anstalt überwiesen.

Anamnese: Patient gibt an, bis vor 5 Jahren stets gesund gewesen zu sein. Seit dieser Zeit leidet er im Winter regelmässig an Husten und Auswurf, gewöhnlich mehrere Wochen lang.

Seit 4 Jahren gesellte sich dazu Kurzathmigkeit, die besonders beim schnellen und beim bergaufwärts Gehen eintritt.

Im März 1896 hatte Patient einen stärkeren Katarrh, während dessen eines Tages so heftige Athemnoth auftrat, dass Patient glaubte, er müsse ersticken. Die Luft sei hinein gegangen, aber nicht heraus. Der Anfall wiederholte sich noch einige Male und schloss sich meistens an stärkeren Husten an. Nach 4 Wochen fühlte sich Patient wieder besser, nur war die Neigung zur Kurzathmigkeit bei leichten körperlichen Anstrengungen viel stärker. Auch bemerkte Patient jetzt zum ersten Male eine Geschwulst in der linken Hälfte des Halses, die sich beim Husten stärker vorwölbte.

Die Stimme ist seit 4 Jahren sehr belegt, im Frühjahr bestand vollkommene Heiserkeit.

Seit dem Frühjahr gibt Patient auch an, ein ständiges Druckgefühl im Schlund zu spüren.

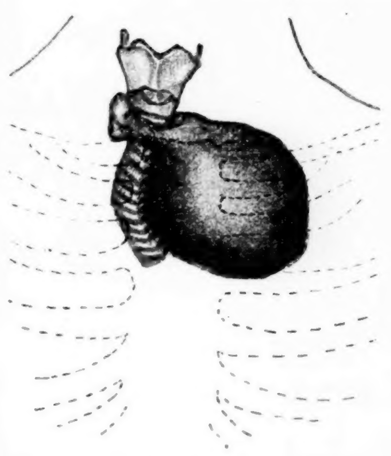
Status praesens v. 12. X. 96.

Patient ist ziemlich gross, von mittlerem Ernährungszustand, guter Musculatur, normaler Hautfarbe.

Pupillen nicht verändert.

Die Athmung zeigt lauten in- und exspiratorischen Stridor. Derselbe ist bei ruhigem Athmen schon ziemlich stark, wird aber sehr heftig, sobald Patient sich lebhafter bewegt oder zum Husten veranlasst wird. Auffallend ist besonders die Erschwerung der Exspiration.

Am Hals springen die Musc. sternocleidomastoidei als stark gespannte Stränge vor. Der Kehlkopf[3]) steht nach unten und rechts verschoben, so dass der Ringknorpel etwa einen Querfinger oberhalb des oberen Sternalrandes, ungefähr 1 cm nach rechts von der Mittellinie steht. Der fühlbare Theil der Trachea zeigt eine ziemlich scharfe vordere Kante.



Die Gegend oberhalb des linken Sternoclaviculargelenkes ist etwas vorgebuchtet, der Sternocleidomasoideus springt hier besonders stark vor.

Die Vorbuchtung ist bedingt durch die Kuppe eines in der oberen Thoraxapertur liegenden Tumors, die in der Grösse von etwa einem halben Hühnerei zu fühlen ist. Lässt man den Patienten schlucken oder husten, so hebt sich ein weiterer, im Ganzen etwa hühnereigrosser Theil des Tumors aus dem Thorax heraus, der untere Theil des Tumors ist aber auch so nicht abzutasten. Die Oberfläche des Tumors ist glatt, die Consistenz prall elastisch. Bei ruhigem Auflegen der Hand fühlt man deutlich eine von den grossen Gefässen fortgeleitete Pulsation.

Druck auf die Tumorkuppe steigert die Athemnoth in einer für den Patienten sehr unangenehmen Weise.

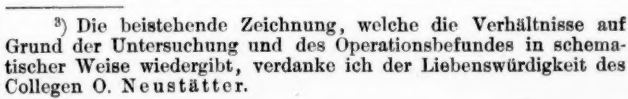
Auf der rechten Seite des Halses fühlt man eine etwa taubeneigrosse, an normaler Stelle liegende Schilddrüsenhälfte.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigen sich beide Stimmbänder leicht injicirt. Das linke steht fast ganz unbeweglich in der Mittellinie, nur bei der Intonation flattert es ein wenig hin und her. Die Trachea zeigt sich hochgradig säbelscheidenförmig verengert; die Verengerung ist am beträchtlichsten in der Höhe des 5. und 6. Trachealknorpels.

Der Thorax ist ziemlich breit, die Gegend links vom Sternum bis zur 3. Rippe herunter deutlich vorgebuchtet. Von der linken Clavicula nach abwärts ziehen sich unter der Haut 3 erweiterte Venenstränge. Der Percussionsschall auf dem obersten Theil des Sternum und über dem angrenzenden Theil

[1]) Wuhrmann: Die Struma intrathoracica, D. Zeitschr. f. Chir. 43. Band, 1. u. 2. Heft.

[2]) Wölfler: Zur chirurg. Anatomie und Pathologie des Kropfes und Nebenkropfes. Arch. f. klin. Chir. 40. Band, 1. Heft.


[3]) Die beistehende Zeichnung, welche die Verhältnisse auf Grund der Untersuchung und des Operationsbefundes in schematischer Weise wiedergibt, verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Collegen O. Neustätter.

des linken 1. und 2. Intercostalraums leicht, aber deutlich gedämpft. Die untere Lungengrenze steht rechts vorn am unteren Rand der 7. Rippe, ist sehr wenig verschieblich, RHU. und LHU. am 1. Lendenwirbel. Das Athmungsgeräusch vesiculär, kein Rasseln, das Exspirium verlängert.

Herzdämpfung nicht vorhanden. Herztöne rein. Puls 68, regelmässig, kräftig, Radialispuls auf beiden Seiten gleich.

Diagnose: Linksseitiger intrathoracischer Kropf mit Verdrängung und Abplattung der Luftröhre und linksseitiger Recurrenslähmung.

Nachdem eine Cur mit frischer Hammelschilddrüse ohne jeden Erfolg blieb, wird am 20. X. 1897 zur Operation geschritten. Dieselbe wird, um die Gefahren der Narkose zu vermeiden, unter Schleich'scher Infiltrationsanaesthesie vorgenommen.

Querschnitt oberhalb der linken Clavicula. Durchtrennung des Platysma, der Mm. sternohyoideus und -thyreoideus und der Sternalportion des Sternocleidomastoideus, Freilegung des Kropfes nach auf- und seitwärts. Um zu den oberen Thyreoidealgefässen zu gelangen, wird noch ein Winkelschnitt nach oben angefügt. Unterbindung der oberen Thyreoidealgefässe.

Die vordere, seitliche und ein Theil der hinteren Strumafläche liegt jetzt frei. Die untere Grenze ist auch jetzt nicht zu erreichen. Dagegen gelingt es, jetzt den Nachweis zu führen, dass unter einer minder dünnen, oberflächlichen Schicht die prall gespannte Hauptmasse des Tumors sich befindet. Nach Spaltung dieser Kapselschicht an einer gefässlosen Stelle liegt die blau durchscheinende Cyste frei. Die Cyste wird eröffnet, der aus dunkelschwarzer Flüssigkeit und colloiden Klumpen bestehende Inhalt wird entleert, und jetzt der dünne Cystensack mit Leichtigkeit stumpf von der Kapsel gelöst, enucleirt. Die Blutung ist nicht sehr stark.

In der Tiefe der über mannsfaustgrossen Wundhöhle fühlt man deutlich die Pulsation eines grossen Gefässes (Aorta?).

Nachdem die Blutung gestillt, wird die Wunde tamponirt.

Die Athmung ist sofort nach der Exstirpation durchaus ruhig, der Stridor vollkommen verschwunden.

21. X. Temperatur 37,8°, 38,1°.

Patient hat nur leichte Schluckbeschwerden, fühlt sich im Uebrigen sehr wohl.

22. X. Die Wunde zum Theil genäht.

Der Rest schliesst sich per granulationem. Höchste Temperatur 38,4°.

Patient verlangt schon am 6. Tage aufzustehen, ist ausserordentlich glücklich über die ausserordentliche Erleichterung, die ihm die Operation gebracht hat.

22. XI. Mit geheilter Wunde entlassen.

Das linke Stimmband zeigt leichte Bewegungen beim Intoniren.

Der Kehlkopf steht 2 Querfinger höher und völlig median. Die Trachea zeigt noch eine scharfe vordere Kante.

15. IX. 18897. Patient stellt sich mit blühendem Aussehen vor. Die Trachea ist wieder ganz rund geworden. Die Bewegungen des linken Stimmbandes noch mangelhaft.

Die Symptome des intrathoracischen Kropfes sind in den genannten Arbeiten von Wuhrmann und Wölfler in classischer Weise geschildert. Ein grosser Theil derselben findet sich bei unserem Patienten in sehr charakteristischer Form wieder. In der Hauptsache sind dieselben bedingt durch den Druck des Kropfes auf die umliegenden Organe.

Im Mittelpunkt des Krankheitsbildes stehen, wie in allen Fällen, so auch bei unserem Patienten, die Athembeschwerden. Dieselben können ausserordentlich heftiger Art sein und treten nicht selten anfallsweise auf; bei einem Kind kam es in einem solchen Anfall am 7. Tage nach der Geburt zum Exitus letalis. Eine Steigerung der Athembeschwerden bis zum Erstickungsanfall kann durch verschiedene Gelegenheitsursachen herbeigeführt werden: Schwangerschaft, fieberhafte Krankheit, Eisenbahnfahrt, anstrengende Bergtour, Aufenthalt in rauchigem Local. Bei unserem Patienten wurde ein heftiger Erstickungsanfall durch einen intercurrenten Bronchialkatarrh hervorgerufen. Nach Wölfler treten diese Erstickungsanfälle besonders bei Druck in der Jugulargegend oder bei starkem Senken des Kopfes ein; es besteht dabei mitunter die Unmöglichkeit den Kopf zum Sternum zu bringen oder den Kopf zu erheben. Durch Heben oder Senken des Kehlkopfes kann man manchmal die Erstickungsanfälle beseitigen.

Eine Kropfgeschwulst am Halse kann vorhanden sein oder ganz fehlen. Im letzteren Falle ist natürlich die Diagnose unter Umständen sehr schwierig.

In einem von Kaufmann operirten Fall fiel ein sehr starkes Vorspringen des Sternalansatzes des Kopfnickers auf der einen Seite auf und gleichzeitig eine nach innen von demselben befindliche grubenförmige Einziehung der Haut. Ist, wie in unserem Falle, die obere Kuppe des Kropfes fühlbar, so ist die Diagnose schon leichter. Besteht eine sehr grosse Kropfgeschwulst am Halse, so kann die Diagnose auf intrathoracische Struma unter Umständen erst während der Operation bei der Auslösung des Unterhorns gestellt werden.

An der Kropfgeschwulst ist nicht selten, wie auch bei unserem Patienten, eine Pulsation gleichzeitig mit dem Puls zu beobachten. Es ist klar, dass dieselbe von den grossen benachbarten Gefässen fortgeleitet ist; nach Beendigung der Exstirpation konnte in den entsprechenden Fällen das pulsirende Gefäss in der Tiefe der Wundhöhle direct gefühlt werden. Die Pulsation hat schon manchmal zu Verwechslungen mit Aortenaneurysmen Veranlassung gegeben. Auch bei unserem Patienten war von anderer Seite ein Aortenaneurysma diagnosticirt, und Patient vor einer Operation dringend gewarnt worden.

Die Vorwölbung der entsprechenden Thoraxpartie war bei unserem Kranken sehr ausgesprochen. In der Wuhrmann'schen Statistik findet sich eine derartige Veränderung nur bei 3 Kranken angegeben; bei 2 Fällen fand sich dagegen eine Kyphoskoliose der Wirbelsäule. Auch die Dämpfung über dem Kropf war in unserem Falle undeutlich.

Viele Patienten klagen über ein Druckgefühl in der oberen Brustapertur. In unserer Beobachtung hatten sich diese Beschwerden erst im letzten halben Jahre eingestellt.

Von den benachbarten Nerven leiden durch die intrathoracische Struma vor allen Dingen der Recurrens und der Sympathicus. Die Recurrenslähmung findet sich am häufigsten linksseitig, da der rechte Recurrens hinter der Arteria und Vena anonyma liegt und durch sie geschützt wird (Wölfler). Nur wenn ein vom rechten Lappen sich entwickelnder Kropf längs der Trachea herabsteigt, könnte er den N. vagus dexter comprimiren. Auf eine Betheiligung des Sympathicus ist das einige Male beobachtete Herzklopfen zurückzuführen (Rami cardiaci), ebenso der von Demme beschriebene Exophthalmus und die Trägheit der linken Pupille.

Ein sehr häufiges Zeichen ist die seitliche Verdrängung des Kehlkopfes und der Trachea. Bei unserem Patienten war auch die seitliche Abplattung der Luftröhre sehr augenfällig. Wuhrmann legt besonderen Werth auf den Tiefstand des Kehlkopfes, wie er auch bei unserem Patienten zu finden war. Dadurch, dass die Trachea stark nach der einen Seite ausgedehnt wird, rücken die oberen Trachealringe tiefer, der Kehlkopf muss naturgemäss dem Zuge folgen, so dass der Ringknorpel nicht selten in der Höhe der Incisura sterni steht.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung findet sich nach Wölfler eine Verengerung des Tracheallumens oft erst in beträchtlicher Tiefe, in der Höhe des 5., 6. oder 7. Ringes. Bei unserem Patienten war auch dieses Symptom, wie Herr Dr. Bock die Güte hatte festzustellen, deutlich ausgesprochen.

Wölfler gibt ferner an, dass bei Druck auf den einen Bronchus die eine Lungenhälfte weniger oder gar nicht athme.

Eine Abschwächung des Pulses in der Radialis oder Carotis kann bei grösseren Tumoren leicht vorkommen. Wuhrmann beobachtete dies Phänomen nur an der Carotis zweimal. Bei unserem Patienten liess sich eine derartige Störung nicht beobachten.

Ein auffallendes Symptom, das auch bei unserem Patienten, wenn auch nur in geringem Grade vorhanden war, ist die Erweiterung der Venen an der oberen Thoraxapertur und an der vorderen Seite des Brustkorbes. Nach Wölfler sind geringe Verengerungen der Vena subclavia und Vena anonyma an der Stelle der Compression und Erweiterungen oberhalb der verengten Stelle durchaus nicht selten. Bei völliger Obliteration kann sich im Laufe der Zeit ein Collateralkreislauf entwickeln: vom Hals entweder in die Venae intercostales, Azygos und Hemiazygos, Cava superior oder in die Epigastricae superior und inferior und Cava inferior; von der Axilla in die Venae thoracicae longae, Intercostalis suprema, Mammaria interna, Azygos und Hemiazygos.

Von den Zeichen der intrathoracischen Struma fanden sich somit, wenn wir Alles zusammenfassen, bei unserem Kranken folgende: Athembeschwerden, geringe Kropfgeschwulst am Halse, Pulsation derselben, Druckgefühl in der oberen Thoraxpartie, Vorwölbung des entsprechenden Thoraxabschnittes, Dämpfung an dieser

Stelle, Recurrenslähmung, seitliche Verdrängung und Abplattung des Kehlkopfes und der Trachea, Tiefstand des Kehlkopfes, Erweiterung der Venen an der vorderen Thoraxwand. Nicht vorhanden waren: Symptome von Seiten des Sympathicus, Veränderungen des Pulses an den entsprechenden Arterien.

Bei der Behandlung des intrathoracischen Kropfes wird man im Allgemeinen denselben Grundsätzen folgen, die bei der Behandlung des gewöhnlichen Kropfes maassgebend sind.

Ein Versuch mit Jod bezw. Schilddrüsenbehandlung wird immer angezeigt sein. Wuhrmann hat mehrere Fälle zusammengestellt, bei denen diese Therapie von dauerndem Erfolge begleitet war.

Bleibt die innere Behandlung erfolglos oder drängen sehr heftige Athembeschwerden zu einer schleunigen Beseitigung des Hindernisses, so kann nur die operative Behandlung in Betracht kommen, die in der Regel in der Exstirpation der Kropfgeschwulst zu bestehen hat. Es würde ausserordentlich schwierig und gefährlich sein, eine regelrechte Exstirpation eines intrathoracischen Kropfes vorzunehmen, da beim Arbeiten in der Tiefe eine Verletzung der vielen naheliegenden grossen Gefässe doch zu leicht möglich wäre. Demgegenüber lehrt nun die Erfahrung, dass gerade bei der intrathoracischen Struma eine Enucleation des Knotens innerhalb der Kropfkapsel immer leicht möglich ist. Der Gang der Operation würde also folgender sein: Freilegung des Kropfes, Spaltung der Kapsel an einer gefässfreien Stelle, langsame Enucleation des Knotens unter sofortiger Unterbindung jedes blutenden Gefässes.

Auch in unserem Falle gelang in dieser Weise die Operation ganz überraschend leicht. Begünstigend wirkte auch noch der Umstand, dass es sich um eine Cyste handelte, nach deren Entleerung der Sack leicht vorgezogen werden konnte.

Von 23 mit Exstirpation behandelten Fällen der Wuhrmann'schen Statistik wurden 18 geheilt. Fünf starben, 1 an Nachblutung, 2 an Pneumonie, 1 an Compression der Trachea durch Bifurcationsdrüsen, 1 an Blutung eines Aortenaneurysma.

Eine gewisse Gefahr der Operation wird immer durch die Narkose bedingt sein. Bei der hohen heutigen Ausbildung der local anaesthetischen Methoden wird es immer möglich sein, die Operation unter örtlicher Betäubung auszuführen.

Die grosse nach der Operation zurückbleibende Wundhöhle glaubt Wuhrmann bei exact gestillter Blutung immer ohne Drainage vernähen zu können. Das Sicherere wird jedenfalls immer die Tamponade sein. Bei der Schwere des Leidens kommt es doch gewiss nicht darauf an, ob die Nachbehandlung 8 oder 14 Tage länger dauert.

Die Tracheotomie bei intrathoracischem Kropf soll auf die Fälle drohendster Erstickung beschränkt werden. Dass die Tracheotomie die nachherige Kropfoperation in höchst ungünstiger Weise beeinflussen kann, unterliegt gar keinem Zweifel. Ist die Erstickungsgefahr nicht sehr drohend, so ist es immer noch zweckmässiger, zunächst die exspectative Behandlung zu versuchen, mit der sich oft recht befriedigende Resultate erzielen lassen.

Aus der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Mannheim. Dirig. Arzt: Herr Dr. Heuck.

Zwei mit Behring's Antitoxin No. 100 behandelte, letal verlaufene Tetanusfälle.

Von Dr. *Max Schubert*.

Gegenüber den casuistischen Mittheilungen und statistischen Zusammenstellungen[1]) über die Wirkung der Serumtherapie des Tetanus, aus denen mehr weniger deutlich hervorgeht, dass wir sowohl in dem Tizzoni'schen, wie auch in dem Behring'schen Tetanusantitoxin ein wenn auch nicht stets Heilung bringendes, so doch in vielen Fällen sehr wirksames Bekämpfungsmittel des bisher prognostisch so ungünstigen Wundstarrkrampfes besässen, ist es vielleicht nicht uninteressant, in Folgendem die Krankengeschichten zweier Patienten kurz zu referiren, welche im Laufe vorigen Jahres auf der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Mannheim behandelt wurden und welche beide trotz der Injection des Tetanusantitoxins der Höchster Farbwerke (No. 100) starben.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 47 Jahre alten Taglöhner, J. Pf., welcher am 2. Januar 1897 dadurch eine complicirte Fractur der zweiten Phalange des rechten Zeigefingers acquirirte, dass ihm eine eiserne Platte auf den Finger fiel. Nachdem Patient schon am 7. Januar über leichtes Kreuzweh geklagt hatte, bemerkte er am 8. Januar beim Aufstehen Steifigkeit im Nacken und Rücken. Ausserdem war es ihm unmöglich, den Mund zu öffnen. Am 9. Januar wurde Patient dem Krankenhause überwiesen. Status bei der Aufnahme: Es besteht starker Trismus, so dass die Zahnreihen nur ganz wenig von einander entfernt werden können. Daneben ist totale Nackenstarre zu beobachten. Patient liegt mit stark opisthotonisch gekrümmter Wirbelsäule unbeweglich im Bette. Temperatur 35,7°. Puls 86, kräftig, regelmässig. Der bis zur Mitte der zweiten Phalange gangraenöse rechte Zeigefinger wird sofort in der Grundphalanx amputirt. Darreichung von Morphin und Chloral. In der Nacht, um 12½ Uhr, wird dem Patienten das inzwischen von Höchst a/M. herbeigeschaffte Tetanusantitoxin No. 100 (5 g in 40 ccm sterilen Wassers gelöst) in die Vena mediana cubiti sinistra injicirt.

Trotzdem steigern sich die Krankheitssymptome. Gegen 5 Uhr Morgens befällt den Patienten der erste tetanische Krampfanfall, noch mässigen Grades, auf welchen bald intensivere folgen. Abends 8¾ Uhr (10. Januar) Exitus in einem solchen Krampfanfalle (circa 20 Stunden nach der Injection).

Da in diesem Falle zwischen dem Auftreten der ersten deutlichen Tetanussymptome und der Injection des Antitoxins immerhin 2 Tage lagen, so ist man kaum berechtigt, auf Grund dieses negativen Injectionsresultates die Wirksamkeit des Präparates principiell anzuzweifeln. Anders aber liegen die Verhältnisse im folgenden Falle:

Ein 39jähriger Schreiner, G. G., trat sich am 15. September beim Anfertigen einer Holzdecke einen blanken Nagel mit dem breiten Ende voran durch den linken Fuss. Er suchte am 17. September die Aufnahme im obigen Krankenhause nach, weil der Fuss geschwollen und schmerzhaft war. In der That bestand eine Phlegmone mässigen Grades am linken Fussrücken, besonders entsprechend dem Interstit. inteross. I, in dessen distalem Abschnitte der nicht sondirbare Stichcanal lag. Unter Hochlagerung und unter Application von Umschlägen mit Liq. alum. acet. klangen die phlegmonösen Erscheinungen ab, die Temperatur, welche am Abende des Aufnahmetages 37,8° betrug, blieb in den nächsten Tagen unter 37°. Es bildete sich dabei eine etwa markstückgrosse, geröthete, fluctuirende Stelle um die dorsale Stichöffnung, welche am 21. September incidirt wurde. Mit wenig Eiter vermengtes Blut entleerte sich. Die Einstichöffnung auf der Planta pedis war, wie schon bei der Aufnahme, auch jetzt ohne Reaction. Abendtemperatur 36,8°.

Am 22. September nun klagte Patient bei der Morgenvisite darüber, dass er die Zähne nicht mehr ordentlich auseinanderbringen könne. Die Oeffnung des Mundes war kaum bis auf 2 cm möglich, die Masseteren waren stark contrahirt. Wunde ohne Befund.

Da die Diagnose: Tetanus traumaticus die wahrscheinlichste war, wurden dem Patienten am Nachmittage desselben Tages gegen 5 Uhr die vorräthigen 5 g Antitoxin No. 100 aus den Höchster Farbwerken, nachdem sie zuvor in 50 ccm lauen sterilen Wassers gelöst waren, subcutan injicirt. Die Nacht verlief schlaflos, Patient schwitzte stark. Die Kieferklemme lässt nicht nach. Abendtemperatur 37,4°. Puls 76.

Am 23. September: Totale Kieferklemme. Steifigkeit der Nackenund Rückenmusculatur. Auch die Bauchmuskeln sind heute zeitweilig bretthart contrahirt. Nachmittags 4 Uhr: Incision des ganzen Interstit. inteross. I, Freilegung des kaum mehr sichtbaren Stichcanals. Nichts Pathologisches, in Sonderheit kein Fremdkörper dabei sichtbar. Jodoformgaze-Tamponade. Abendtemperatur 37,5°. Puls 124. Kampher- und Morphininjectionen ohne wesentlichen Erfolg.

24. September: Zunahme der Contraction der Hals- und Rückenmusculatur. Leichte clonische Zuckungen zeitweilig in der gesammten Musculatur, besonders in den unteren Extremitäten. Beträchtliche Salivation. Schluckbeschwerden. Morgentemperatur 37,4°. Abends 8 Uhr: 39,4°. Puls 134, kräftig. Nährklystiere.

Unter Zunahme der Symptome am 25. September, 6¼ Uhr Morgens Exitus bei einer Temperatur von 40,8° (circa 60 Stunden nach der Injection).

Dieser eben erwähnte Tetanusfall ist desshalb bezüglich der Beurtheilung der Wirkungsfähigkeit des Antitoxins so lehrreich, weil bei ihm, da er im Krankenhause selbst entstand, die Antitoxinbehandlung schon ungefähr 10 Stunden nach dem Auftreten des ersten Symptomes, einer mässigen Kieferklemme, angewandt wurde und zwar gleich in der Menge, welche

[1]) Cfr. Engelmann: «Zur Serumtherapie des Tetanus» (Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 32, 33, 34) mit ausführlicher Literaturangabe.

die einfache Heildosis für den Menschen bei ausgebrochenem Tetanus darstellt. Obgleich er ja in Folge der Kürze der Incubationszeit (7 Tage) zu den prognostisch ungünstigsten zu zu rechnen war, waren die Chancen für die Wirkung des Tetanusantitoxins durch die ausserordentlich frühzeitige, wenn auch subcutane Injection doch sehr günstige. Es ist wohl kaum anzunehmen, dass zur Zeit, in welcher das Antitoxin zur Wirkung gelangte, die im Körper vorhandene Toxinmenge schon so gross war, dass sie jede günstige Beeinflussung des tetanischen Zustandes durch jene therapeutische Maassnahme zu vereiteln im Stande war, da in anderen schweren Fällen (z. B. Engelmann's Fall 17[2]), Asam's[3]) und Teichmann's[4]) Fall) Injectionen von Antitoxin, die erst einige Tage nach dem Tetanusausbruche gemacht wurden, von einem Nachlassen der Symptome begleitet waren. Die Schädigungen des Centralnervenapparates müssen doch in diesen Fällen zweifellos stärkere gewesen sein, als in unserem Falle — selbst eine besonders hochgradige Virulenz der Tetanusbacillen zugestanden — bei der so kurzen Zeit, in welcher die Toxine ihr deletäres Werk entfalten durften, sein konnten. Dennoch blieb die Injection völlig wirkungslos, ohne Nachlass der Symptome erfolgte der Exitus letalis.

Es ist nicht leicht, für diese Thatsache eine einigermassen befriedigende Erklärung zu finden. Darin, dass die Menge des injicirten Antitoxins zu gering gewesen ist, liegt der Grund wohl nicht, denn in dem von Asam (cfr. oben) mitgetheilten Falle, der später als der unserige, erst nach völliger Ausbildung des gesammten Tetanussymptomencomplexes, mit der gleichen Antitoxinmenge, allerdings intravenös, injicirt wurde, trat Heilung ein. Die subcutane Injectionsweise in unserem Falle ist wohl auch nicht für das negative Injectionsresultat verantwortlich zu machen. Behring stellt ja die intravenöse und subcutane Injectionsmethode gleichwerthig neben einander mit dem Bemerken, dass bei letzterer die Wirkung erst 12 Stunden später erfolge, als bei der ersteren. Da aber der Tod erst 60 Stunden nach der Einspritzung des Antitoxins erfolgte, so ist der Einwand, dass das Antitoxin nicht zur Wirkung hätte gelangen können, hinfällig. Dahingegen liegt es nahe, eine gewisse Skepsis der specifischen Wirksamkeit des Antitoxins gegenüber aufkommen zu lassen. Zu ihr ist man angesichts des negativen Injectionsresultates in unserem Falle, bei welchem früher als bei allen übrigen Fällen das Antitoxin Anwendung fand, fast gezwungen. Ob diese Skepsis, welche einen zwischen den veröffentlichten Heilungen von Tetanus und den ihnen voraufgegangenen Injectionen von Antitoxin No. 100 bestehenden Causalnexus leugnet, wirklich berechtigt ist, werden nur weitere casuistische Mittheilungen zu zeigen vermögen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Dr. Heuck, für die freundliche Ueberlassung der beiden Fälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Ueber Extrauterinschwangerschaft.*)

Von Dr. *Bernhart*, Frauenarzt in Regensburg.

Die moderne Gynäkologie hat Dank der gegenwärtigen operativen Richtung und der hiedurch angeregten häufigen anatomischen Untersuchungen auf mehreren Gebieten ungeahnte Fortschritte gemacht; mit diesen in der Neuzeit mühsam von den Klinikern gewonnenen Resultaten muss sich der Praktiker vertraut machen, damit er seinen Clientinnen einen richtigen Rath ertheilen kann. Während nun in einer Reihe von Fällen es erlaubt ist, durch längere Beobachtung sich allmählich eine Diagnose zusammenzuconstruiren, da die Therapie nicht sehr dringlich und das Abwarten keinen besonderen Schaden bringt, so gibt es aber auch solche, bei denen Alles von einer rechtzeitigen Diagnose und rascher Hilfeleistung abhängt. Derartige Zustände muss jeder Arzt genau kennen und es ist dringend nothwendig, dass er sofort weiss, was zu thun ist; denn die Verantwortung, die gerade da auf ihm lastet, ist immer eine grosse. Zur Gattung der letztbezeichneten Erkrankungen gehört auch die Extrauteringravidität, über welche Ihnen das Wichtigste kurz mitzutheilen ich mir gestatten möchte. —

Was versteht man eigentlich unter Extrauteringravidität? Die Erklärung ist durch das Wort selbst schon angedeutet; wir sprechen nämlich von einer solchen, wenn ein befruchtetes Ei ausserhalb der Gebärmutterhöhle wächst; es ist wichtig, zu sagen ausserhalb des Cavum uteri, weil eine Unterart der Tubargravidität von der Muscularis uteri noch umschlossen ist. A priori sind drei Orte für die Entwickelung einer Extrauterinschwangerschaft anzunehmen: nämlich das Ovarium, Cavum peritonei und Tuba Fallopii; damit sind auch die drei Hauptarten festgesetzt; die Unterabtheilungen der einzelnen werden nach verschiedenen Principien gebildet. Von den Ovarialen unterscheidet man zwei, je nachdem die ganze äussere Fruchthülle von Ovarialgewebe gebildet wird — a) Ovarialis interna — oder b) wenn der Fruchtsack nur an begrenzten Stellen dem Ovarium aufsitzt — Ovarialis externa. Die abdominale zerfällt in eine primäre und secundäre, d. h. das Ei kann sich von vorneherein in der Bauchhöhle festsetzen oder es kann vom Ovarium oder der Tube nachträglich in dieselbe übergewandert sein. Die tubare, welche die weitaus häufigste ist, hat drei Unterarten; a) die Interstitialis, Isthmica oder Tubouterina i. e. die Frucht befindet sich in dem Abschnitte der Tube, welcher in der Uteruswand verläuft; b) die Ampullaris oder Tubaria schlechthin; das Ei sitzt in dem freien Theile der Tube; c) die Tuboovarialis als eine Mischform; den einen Theil der äusseren Fruchthülle bildet Ovarium, den anderen Tuba.

Bei den Tubenschwangerschaften unterscheidet man wohl auch frei oder gestielt und intraligamentär entwickelte. Diese anatomischen Abtheilungen haben für die Praxis im Allgemeinen nur eine untergeordnete Bedeutung; vom klinischen Standpunkte aus ist es bloss nothwendig, den Begriff der Extrauterinschwangerschaft überhaupt festzuhalten, sowohl in diagnostischer als therapeutischer Hinsicht. —

Ueber die Ursache dieser pathologischen Gravidität wissen wir bis jetzt noch recht wenig; die Autoren nehmen an, dass das Ei auf seiner physiologischen Wanderung in die Uterushöhle aufgehalten werden könne durch Adhaesionen des Beckenperitoneums, welche die Tube abknicken, oder durch Erkrankungen der Tube selbst, als da sind: Knotenbildungen und entzündliche Schleimhautschwellungen. Ob Befruchtung und Einbettung des Eies zeitlich und örtlich immer zusammenfallen, wissen wir auch noch nicht bestimmt; die Aetiologie muss daher noch als ganz mangelhaft erforscht bezeichnet werden. Um so gründlicher ist die Symptomatologie und Therapie ausgearbeitet. —

Die subjectiven Symptome einer Extrauterinschwangerschaft decken sich Anfangs meist ganz mit denen jeder Gravidität: Uebelkeit, Erbrechen, Stuhl- und Urinbeschwerden, Mattigkeit, Ekel, Salivation, Zahn- und Kopfschmerzen werden oft wahrgenommen, auch manchmal Schmerzen im Leibe. Betreffs der Menses herrscht die grösste Mannigfaltigkeit je nach Dauer der Schwangerschaft und Zustand des Eies; da diese zwei letztangeführten Punkte auch bei den übrigen sehr wechselvollen Erscheinungen eine durchaus maassgebende Rolle spielen, so dürfte es sich empfehlen, zunächst die Grundlagen aufzustellen für die Diagnostik der ersten und zweiten Hälfte der Extrauterinschwangerschaft bei intactem Ei und dann überzugehen auf die Vorgänge bei Störungen der Entwicklung. —

In der 1. Hälfte muss sowohl nach den unsicheren als den wahrscheinlichen Zeichen einer Schwangerschaft überhaupt gefahndet werden; ich betone gleich hier, dass das Fortbestehen der Menses gar nichts beweist in solchen Fällen. Wenn also Schwangerschaftsbeschwerden vorhanden sind, die Brüste und Montgommery'schen Drüsen geschwellt, Warzenhöfe und Linea alba pigmentirt, die Genitalschleimhäute succulent und livide, die Scheidenarterien deutlich pulsirend, der Uterus vergrössert und aufgelockert gefunden werden, so ist eine Schwangerschaft beinahe bestimmt anzunehmen. Findet sich nun bei der weiteren Abtastung der

[2]) l. c.

[3]) Asam: Ein Fall von Wundstarrkrampf, unter Anwendung von Antitoxin geheilt. Münchener med. Wochenschr. 1897, No. 32.

[4]) Teichmann: Tetanus traum., durch Tetanusantitoxin geheilt. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 23 (therap. Beilage).

*) Vortrag, gehalten auf dem XI. oberpfälzischen Aerztetage in Regensburg.

Beckenorgane neben oder seitlich hinter dem Uterus, welcher sympathisch hypertrophirt und eine Decidua bildet, trotzdem er die Frucht nicht enthält, ein beweglicher Tumor, so muss dem Gedanken an eine ektopische Schwangerschaft Raum gegeben werden. Als diagnostisch sehr wichtig ist nun zu beachten, ob der Tumor sich weich und teigig anfühlt, ob er durch einen mehr weniger langen Stiel mit dem Uterus verbunden ist und ob seine Grösse der eines Eies von der zu supponirenden Zeit nahezu gleich ist. Wenn diese Fragen alle bejaht werden können, so diagnosticirt man mit aller Wahrscheinlichkeit eine Extrauterinschwangerschaft. Ueber eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose kommt man in diesen Fällen ja nicht hinaus. —

Anders in der zweiten Hälfte der ungestörten Schwangerschaft. Ausser den unsicheren und wahrscheinlichen Zeichen der Gravidität sind auch die sicheren da. Neben dem anscheinend schwangeren Uterus liegt der Tumor von der Grösse eines Eies aus der fraglichen Zeit und in demselben sind meist auffallend deutlich Kindestheile und Herztöne nachzuweisen. Unter diesen Umständen ist die Diagnose mit aller Sicherheit zu stellen. Irrthümer sind aber auch hier den geübtesten Gynäkologen vorgekommen, weil eben nicht immer die Verhältnisse so klar liegen. Mit den differentialdiagnostischen Schwierigkeiten will ich Sie nicht lange aufhalten; am leichtesten möglich ist eine Verwechslung mit Ovarialtumoren oder cystischen Tubentumoren bei Schwangern; das Unglück ist nicht gross, weil die Therapie die gleiche bleibt. Verhängnissvoll dagegen kann die Verwechslung mit einfacher Gravidität werden, z. B. wenn eine Retroflexio uteri gravidi für etwas Derartiges gehalten wird; in solchen zweifelhaften Fällen soll man mehrmals in verschiedener Lagerung unter abwechselnder Benützung beider Hände sich genau über das Verhalten der Cervix zu dem fraglichen Tumor orientiren; auch die Lage der Ovarien und Ligam. rotunda zu demselben muss festgestellt werden; die Zuhilfenahme der Narkose ist manchmal sehr von Vortheil. —

Nachdem wir hiemit das Seltenere und desshalb praktisch Unwichtigere vorweg genommen haben, kommen wir zur Betrachtung der gestörten Extrauterinschwangerschaft. Zu Störungen muss es ja selbstverständlich immer kommen, weil die Schwangerschaft nicht mit einer richtigen Geburt ihren Abschluss finden kann; am häufigsten kommen sie in den ersten 3 Monaten vor. Was kann sich Alles ereignen? In der Hauptsache gibt es dreierlei Möglichkeiten. Erstens die Frucht kann vorzeitig oder auch am Termine absterben, zerfallen und sich resorbiren; oft kapselt sie sich ein und bildet ein Lithopaedion; ungefährlich für die Mutter ist das nicht. Nachträgliche Abscedirung mit Durchbruch in die Bauchhöhle, die Blase, den Darm, die Vagina oder nach den Bauchdecken können den Tod herbeiführen. Auch die Lithopaedien bilden immer eine Gefahr, wie Ihnen nachstehender Fall beweisen wird; das Präparat davon liegt Ihnen vor. Die 56 Jahre alte Trägerin des Lithokelyphopaedions concipirte vor 23 Jahren das erste und letzte Mal; im 6. Monat starb die Frucht ab; nach einem jahrelangen Krankenlager erholte sich die Frau und hatte dann verhältnissmässig wenig Beschwerden; plötzlich bekam sie Ileus; jede Operation wurde 16 Tage lang verweigert, endlich als die Kranke beinahe sterbend war, zugestanden. Es wurde der grossen Schwäche halber nur mehr ein Anus praeternaturalis angelegt, der auch ganz gut functionirte; 2 Tage später starb die Kranke an Entkräftung. Die Section ergab, dass eine Dünndarmschlinge durch eine Verwachsung an dem Tumor strangulirt war; der Anus war nur 15 cm weiter oberhalb angelegt; bei einer Laparotomie hätte das Hinderniss im Darme sehr leicht beseitigt werden können.

Ein zweiter Ausgang ist der in Haematocele pelvis; es ist dies der günstigste; die Diagnose derselben ist Ihnen Allen ja geläufig, wesshalb ich mich dabei nicht länger aufhalten will. 2 Fälle dieser Art kann ich Ihnen mittheilen; der eine heilte glatt unter Bettruhe und resorbirender Behandlung; der andere machte wegen lange dauernder heftiger Stuhl- und Urinbeschwerden eine Incision und Entleerung des Blutsackes von der Scheide aus nothwendig; auch hier trat Heilung ein.*)

*) Bemerkung bei der Correctur: Durch die Incisionsöffnung stiessen sich später die macerirten Knochen eines viermonatlichen Fötus aus.

Der dritte Ausgang ist der schlimmste und leider häufigste; es kommt zur Ruptur oder zum Tubarabort. Innere Verblutung, secundäre Peritonitis, Sepsis und Pyaemie sind die Folgen der Katastrophe. Den Verlauf dieser Fälle will ich Ihnen möglichst prägnant schildern, weil deren Erkennung ausserordentlich wichtig ist; vielleicht bringt es Vortheil, wenn ich Ihnen kurz die Geschichte der 3 einschlägigen Fälle, von denen Sie die Präparate vor sich haben, erzähle.

Im ersten handelte es sich um eine rechtsseitige Tuboovarialgravidität aus der Mitte des 2. Monats. Die Frau hatte die Menses regelmässig gehabt; das letzte Mal verspäteten sie sich um wenige Tage, hielten dann jedoch über 2 Wochen an; auch gingen einige fleischähnliche Stücke, offenbar Deciduafetzen ab. Plötzlich traten ohne besondere Veranlassung heftige Schmerzen im Leibe, Uebelkeit, Erbrechen und Ohnmacht ein; die Kranke wurde sehr blass, bekam einen aufgetriebenen, stark druckempfindlichen Leib und einen sehr kleinen, frequenten Puls, ohne Temperatursteigerung. Von dieser ersten Attaque erholte sich die Kranke, bekam jedoch nach einigen Tagen einen Nachschub. Das Bild der schweren acuten Anaemie war deutlich; die innere Untersuchung ergab einen vergrösserten weichen Uterus und rechts von ihm einen kartoffelgrossen Tumor, welcher durch einen breiten Stiel mit dem Uterus zusammenhing. Bei der Laparotomie konnte der intraligamentär bis unter das Coecum hinein entwickelte Fruchtsack nur zum Theile exstirpirt werden; der grössere Rest wurde nach Unterbindung der zuführenden Gefässe austamponirt und zur Bauchwunde herausdrainagirt. Heilung.

Der 2. Fall betraf eine Frau Anfangs der vierziger Jahre; die Menses waren gar nicht ausgeblieben. Mitten im besten Wohlbefinden bekam die kräftige Frau ganz unvermittelt wüthende Leibschmerzen; sie wurde leichenblass, musste erbrechen und verlor das Bewusstsein. Der Leib ist stark aufgetrieben, in den abhängigen Partien gedämpft, stark druckempfindlich, der Radialpuls fehlte; die Kranke machte den Eindruck einer Sterbenden. Aus äusseren Gründen verzögerte sich die Laparotomie. Bei Ausführung derselben trat, obwohl alle Hilfsmittel in Action gesetzt waren, in dem Momente, als die rupturirte Tube am uterinen Ende unterbunden war, der Exitus letalis ein. Das drei- bis vierwöchige Ei sass in der rechten Muttertrompete; aus der stecknadelkopfgrossen Rupturstelle hingen einige feine Chorionzotten heraus. — Genau 8 Tage später kam im nämlichen Hause der 3. Fall dieser Art in meine Behandlung. Einmal waren die Menses ausgeblieben, dann trat eine 5tägige Blutung mit Abgang fleischähnlicher Stücke, die als Decidua anzusprechen sein dürften, ein; es wurde desshalb ursprünglich die Diagnose auf Abortus gestellt. Da kam es im Anschlusse an eine Exploration zur Katastrophe. Die Erscheinungen waren sehr bedrohlich; Pulslosigkeit, lallende Sprache, unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin und ausserordentliche Schmerzhaftigkeit des Leibes liessen sofort das Richtige vermuthen. Bei der Untersuchung fand sich rechts neben dem vergrösserten Uterus ein apfelgrosser Tumor durch einen breiten, kurzen Stiel an ersterem befestigt. Laparotomie; nach Ligatur der zuführenden Gefässe Exstirpation des intraligamentär entwickelten Sackes; wegen parenchymatöser Blutung aus der faustgrossen Wundhöhle Tamponade; Heilung.

Die Symptomatologie dieser 3. Kategorie von Fällen, welche in Ruptur oder Tubenabort ausgegangen sind, ist nach den vorangeschickten Krankengeschichten eine ganz charakteristische. Anscheinend gesunde Frauen, bei denen die Periode ausgeblieben war, oder sich um einige Tage verspätet hatte, oder auch ganz regelmässig gewesen war, collabiren plötzlich; die Erkrankung kommt wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Rasch entwickeln sich alle Zeichen einer acuten Anaemie: Schwindel, Ohrensausen, allgemeine Blässe, Gähnen, Erbrechen, lallende Sprache, Ohnmacht, unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin; der Puls ist klein und frequent, oder er fehlt ganz. Die Aufmerksamkeit des Arztes wird durch die Localisation der Schmerzen sofort auf die richtige Spur gelenkt. Bei der Untersuchung des Abdomens stösst man auf die Merkmale einer ganz acuten Peritonitis, starken Meteorismus und enorme Druckempfindlichkeit. Bei freiem Bluterguss ist in den abhängigen Partien der Percussionsschall gedämpft, während bei abgekapselten die Blutgeschwulst oft schon von aussen durchzufühlen ist und durch Percussion nachgewiesen werden kann. Diese peritonischen Symptome im Zusammenhange mit den Erscheinungen des schweren inneren Blutverlustes bei einer geschlechtsreifen Frau deuten auf Ruptur eines ektopischen Fruchtsackes. Bestätigt noch dazu das Resultat der inneren Untersuchung unseren Verdacht, so ist die Diagnose sicher.

Wie verhält es sich nun mit der Prognose der Extrauterinschwangerschaft? Die Mortalität bei exspectativer Behandlung

betrug nahezu 70 Proc.; diese Ziffer lässt die Krankheit als eine sehr bedenkliche erscheinen und muss es desshalb mit grosser Genugthuung begrüsst werden, dass es der jetzt üblichen Therapie gelungen ist, die Sterblichkeit auf 25 Proc. herunterzudrücken. Die Prognose ist also heutzutage eine wesentlich bessere, aber immerhin noch sehr ernst. — Die moderne Behandlung basirt auf dem von Werth aufgestellten Satze, dass angesichts der eminenten Gefährlichkeit des Leidens jede ektopische Schwangerschaft einer bösartigen Neubildung gleichzuachten ist; man wird daher unter solchen Umständen das keimende Leben mit Recht ganz ausser Acht lassen und nur auf die Erhaltung des mütterlichen Organismus Bedacht nehmen. Bei ungestörter Extrauteringravidität kann man wohl die Frucht tödten dadurch, dass man mehrmals die Maximaldosis von Morphium in die Eihöhle hineinspritzt; da aber der eingetretene Fruchttod nicht immer vor gefährlichen Blutungen schützt, so muss das Verfahren als ein unsicheres bezeichnet werden, wenn auch schon sehr schöne Resultate erzielt worden sind. Als die ideale Behandlung der ektopischen Schwangerschaft ist bis heute die schleunige Exstirpation des ganzen Eies nach Unterbindung der zuführenden Gefässe, weil sie das sicherste und radicalste Verfahren darstellt, zu betrachten; abgesehen also von den Fällen, wo es bereits zu einer richtigen Haematocele pelvis gekommen ist, soll man immer operiren, sowohl bei intactem Ei, als bei nicht mehr intactem. Wenn nach Ruptur der Kräftezustand noch einigermaassen gut ist, wird wohl jeder Arzt die Blutung nach chirurgischen Principien zu stillen suchen. «Beim Vorhandensein schwerer Symptome in Folge Platzens der schwangeren Tube — so schreibt Fritsch wörtlich — wird der Entschluss schwer sein, bei einer fast Sterbenden eine Laparotomie zu machen. Noch schmerzlicher aber und deprimirender ist es, die Hände in den Schooss zu legen und einen Menschen sterben zu lassen, ohne einen Versuch zur Rettung gemacht zu haben. Stirbt die Patientin ohne Operation, so wird man sich Vorwürfe machen: vielleicht konnte die Operation retten. Stirbt die Patientin nach der Operation, so wird man ebenso sich sagen müssen: vielleicht wäre die Patientin ohne Operation am Leben geblieben! Es ist nicht zu vergessen, dass es sich hier meist um junge, kräftige Individuen handelt. Eine einmalige, selbst enorme Blutung, ist sie nur durch die Operation definitiv gestillt, wird überwunden. Ohne Operation können Nachschübe auch dann eintreten, wenn die Blutung vorläufig steht und die Kräfte sich heben. Eine einmalige Besserung sichert nicht vor schlechtem Ausgange. Sicherer ist es also zu operiren, als abzuwarten». Diese Worte halte ich hier sehr beherzigenswerth und immer habe ich sie gerne wieder gelesen, weil sie den schwierigen Verhältnissen in jeder Weise gerecht werden.

Was soll man bei einer Ruptur thun, wenn die Operation aus irgend welchen Gründen nicht stattfinden kann? Zunächst stelle man durch die nöthigen Anordnungen und durch Verabreichung von Morphium möglichst psychische und physische Ruhe her. Eisblase ad abdomen, Autotransfusion, Wärmezufuhr von aussen und Stillung des Durstes mit sehr kalten Flüssigkeiten werden gute Dienste thun. Der Blutdruck soll ja nicht zu rasch gesteigert werden, wenn nicht durch die Operation einer erneuten Blutung vorgebeugt werden kann; denn durch rasches Steigen des Blutdruckes wird der Verblutung oder dem Wiedereintritte einer Blutung Vorschub geleistet; Analeptica sollen daher nicht zu forcirt angewendet werden, weil sie direct schaden können.

Zum Schlusse habe ich noch die angenehme Pflicht, Herren Dr. Fürnrohr, Dr. Högelsperger, Dr. Karl und Dr. Mulzer für die gütige Zuweisung der Fälle und Herrn Dr. Eser für die grosse Liebenswürdigkeit, mit der er die Aufnahme der Kranken in das katholische Krankenhaus gestattete, meinen verbindlichsten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Die Serumtherapie gegen Pneumonie.

Von Dr. *Weisbecker,* prakt. Arzt in Gedern (Oberhessen).

(Schluss.)

Ich schliesse gleich einen weiteren Fall, der chronologisch erst später beschrieben werden müsste, hier an, weil wiederum die Temperaturschwankungen bei demselben sehr auffallend in die Erscheinung traten. Ein 4 Jahre altes Mädchen, am 1. Mai 1897 erkrankt, hat am 2. Mai, Nachmittags, eine Temperatur von 39,2°, hustet, klagt über Schmerzen auf der Brust, macht schon einen recht kranken Eindruck. An der Lunge lässt sich noch nichts von Dämpfung constatiren, dagegen ist über dem rechten Unterlappen das Athemgeräusch abgeschwächt und von Giemen und Schaben begleitet. Pneumonia incipiens liegt zweifellos vor. Der Einfluss der Injection auf die Temperatur war folgender: Zunächst findet eine starke Morgenremission auf 37,4° statt, Abends wird nur 38° erreicht Am nächsten Tag: **37,6°** Morgens, **37,5°** Mittags, **38,2°** Abends.

Am 4. Tag: **37,7°** Morgens, **37,5°** Abends, dagegen Mittags **38,4°**,
„ 5. „ **36,3°** „ **37,4°** „ „ „ **38,1°**,
„ 6. „ **36,2°** „ **37,8°** „ „ „ **38,2°**,
„ 7. „ **36,1°** „ **36,8°** „ „ „ **37,4°**.

Man hätte hier also das Kind vom 4. Krankheitstag ab, nachdem die Morgen- und Abendtemperäturen normal waren, für fieberfrei erklärt, während es jedoch an den 3 folgenden Tagen immer gegen Mittag noch Fieber über 38° hatte. Dieses sehr merkwürdige Verhalten wäre sonst sicher wieder übersehen worden, weil man an dergleichen Dinge nicht gewöhnt war. Das Allgemeinbefinden ist in diesem Falle nach der Injection stets ausgezeichnet, das Kind spielt, lacht, isst, so dass man es nicht mehr für krank hält. Die Pneumonie ging, den rechten Unterlappen verlassend, auf den rechten Oberlappen über, machte aber nur geringfügige Erscheinungen, die bald vorüber waren. Schweisssecretion war an jedem Tage eingetreten und dauerte bis zur völligen Entfieberung.

19. Fall, 37 Jahre alter, kräftiger Mann, wird am Ende des 2. Krankheitstages injicirt. Er hat eine ausgesprochene Pneumonie des linken Unterlappens mit den typischen Erscheinungen, Temperatur 38,9° Vormittags. Auch dieser Patient schwitzte in den ersten Tagen stark. Die Injection hatte zunächst zur Folge, dass der Patient sich an demselben Tage subjectiv ganz wohl fühlte. Am Abend war die Temperatur um 0,1° gefallen, betrug 38,8°. Von nun an zeigte das Fieber einen Typus inversus: am 4. Tag 39,7° Morgens, 39,3° Abends, am 5. Tag 39,3° Morgens, 39° Abends, am 6. Tag 39,5° Morgens, 37,6° Abends, am nächsten Tag noch ein abendliches Ansteigen auf 38,8°, dann kritischer Temperaturabfall zur Norm. Auffallend war wieder, dass die vorher profuse Schweisssecretion nach der Injection ganz aufhörte und erst kurz vor der Entfieberung wieder in Gang kam. Nach der auf die Injection gefolgten Euphorie traten in diesem Fall wieder Störungen im Befinden auf, der Patient klagt erneut über Seitenstechen und Kopfschmerzen, hat wenig Appetit, viel Durst, geringen Schlaf. Diese Verschlimmerung hält 2 Tage an. Doch der Gesammteindruck, den der Patient dabei machte, war günstig. Man konnte sich mit ihm unterreden, er zeigte Theilnahme für seine Umgebung, er war durch die Krankheit nicht niedergeworfen, der Gesichtsausdruck ist frisch, der Blick ruhig und klar. Also zwar subjective Störungen, aber keine nennenswerthen objectiven Veränderungen im Gesammthabitus. Die Pneumonie macht wechselnde Erscheinungen, breitet sich manchmal aus, um sich wieder zu verkleinern, auch auscultatorisch ergaben sich vielfache Differenzen in den Phänomenen. Die Resolution ist mit der Entfieberung vollendet.

20. Fall, 39 Jahre alter Mann, zeigt einen eigenthümlichen Beginn der Erkrankung. Nach einigen Prodromalerscheinungen leichter Art trat am 22. April 1897 Fieber über 39° auf. Erhebliche Beschwerden waren nicht vorhanden. Ueber dem linken Unterlappen hört man ab und zu Rasseln. Dabei aber besteht weder Husten, noch Auswurf, noch Schmerz auf der Brust. Das Fieber dauerte weiter, ohne dass eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte. Das Allgemeinbefinden war kaum gestört. Ein einziges Mal befördert der Patient etwas Sputum heraus und die mikroskopische Untersuchung ergibt deutlich die Anwesenheit von Diplococcen. Durch diesen Befund war die Diagnose Pneumonie gesichert. Die Injection wird am Abend des 3. Krankheitstages ausgeführt. Die Temperatur ist 39,5°. Eine entschiedene Wirkung war bald wahrzunehmen. Der Patient gibt an, der Kopf, welcher ihm vorher immer eingenommen war, sei auf einmal frei, ferner tritt an den Händen und Beinen eine erhebliche Abkühlung auf, welche der Patient selbst fühlt, und das Frappanteste war ein unmittelbarer Temperaturabfall nach der Injection von 39,5° auf 38,9°, also um 0,6° während noch nicht ganz einer halben Stunde. In diesem Fall kamen nun, abgesehen von der eben erwähnten Remission, weiterhin keine nennenswerthen Temperaturschwankungen zum Vorschein. Am Tage nach der Injection steigt die Temperatur auf 39,9° Abends, um von da in Form einer langsamen Lysis abzusinken und am 10. Tage normale Werthe anzunehmen. Das gute Allgemeinbefinden hielt auch weiter bei dem Patienten an, nur am 2. Tag nach der Injection fühlte sich der Patient gegen Abend sehr schwach. Die Pneumonie selbst kam nach der Injection deutlich im linken Unterlappen zum Vorschein und es zeigten sich hier auffallende Unterschiede in dem jeweiligen Charakter des Athemgeräusches. Bald ist die Athmung vesiculär, bald bronchial, bald hört man scharfes Exspirium, auch mehrere dieser Phänomene zugleich an verschiedenen Stellen über der erkrankten Parthie. Rasseln ist reichlich vorhanden, bald klein-, bald grossblasig. Der pneumonische Herd nun erweist sich sehr hartnäckig, hält viel länger an als das Fieber. Während die Temperatur vom 11. Tag normal, das subjective Befinden stets vorzüglich ist, dauert es länger als 3 Wochen, bis alle Erscheinungen an der Lunge völlig

geschwunden sind, ja, als der Patient schon längst das Bett verlassen hat, ist noch etwas verlängertes Exspirium zu hören. Was die übrigen Symptome der Erkrankung betrifft, so zeigt sich nach der Injection vermehrter Husten, der dem Patienten keine Beschwerden macht, reichlicher Auswurf, welcher pneumonisch aussah. In demselben waren nach der Injection die Diplococcen schön zu sehen, namentlich war die Kapselbildung sehr deutlich. Die Schweisssecretion begann schon am 2. Tag nach der Injection, wurde sehr profus und dauerte mit Unterbrechung bis zum 9. Krankheitstag. Die Reconvalescenz verläuft ohne Störung, der Patient nimmt sogar nach seiner Krankheit an Körpergewicht gegen früher zu.

Der letzte Fall, über den ich zu berichten habe, betrifft eine 61jährige Frau von noch ziemlich rüstiger Körperbeschaffenheit. Die Pneumonie trat gleich von Anfang doppelseitig auf, am 17. August 1897, dem 2. Tag der Erkrankung, konnte man über beiden Unterlappen die charakteristischen localen Veränderungen nachweisen. Die Abendtemperatur ist 38°. Die Kranke klagt über Schmerzen in der linken Seite. Das Gesammtbild ist bei dem kurzen Bestehen des Leidens noch nicht ungünstig. Aber ein Symptom war es, das, abgesehen von dem Alter der Patientin und der Affection beider Unterlappen, doch die Prognose als sehr ernst gelten liess: die Beschaffenheit des Pulses. Derselbe war nämlich ganz unregelmässig und setzte sehr häufig aus. Die Patientin erhält eine Injection von 10 ccm Serum. Da in diesem Fall alles Andere an Bedeutung hinter den Erscheinungen von Seiten des Pulses zurückbleiben musste, so wollen wir zunächst sehen, wie sich der Puls nach der Injection verhielt. Am Tage nach der Injection war noch keine Veränderung an demselben zu constatiren, am 2. Tage wurde derselbe etwas kräftiger, während die Irregularität noch vorhanden war, am 3. und 4. Tag zeigte sich die Arhythmie verringert und am 5. Tag ist der Puls wieder ganz regelmässig und von normaler Beschaffenheit. Man ersah also hier recht deutlich, wie unter dem Einfluss der specifischen Behandlung dies Symptom sich zusehends besserte, und konnte so den sicheren Beweis liefern, dass wir es nicht etwa mit Altersveränderungen am Herzen zu thun gehabt, sondern mit einer durch die Krankheit selber auf das Herz hervorgerufenen Wirkung, welche in Folge der rechtzeitig ausgeführten Seruminjection sich allmählich abschwächte und schliesslich ganz aufhörte. Was den Fieberverlauf betrifft, so ging die Temperatur nach der Injection langsam von Tag zu Tag in die Höhe, erreicht am 5. Tag 39°, um von da in Gestalt einer Krisis zur Norm zurückzukehren. Im Allgemeinzustand trat nach der Injection eine Verschlimmerung nicht auf, die Patientin war ziemlich munter und zeigte nur wenig krankhaft verändertes Aussehen. In dem röthlich gefärbten Auswurf liessen sich die Diplococcen deutlich nachweisen. Die Pneumonie hielt sich noch längere Zeit, ging zunächst auf der linken, später auf der rechten Seite zurück und war erst 6 Tage nach der Entfieberung gänzlich geschwunden.

Zu diesen 21 Fällen könnte ich noch einige hinzufügen, in denen sich ebenfalls das Serum gut bewährt hat, die ich aber hier nicht beschreiben will, da ich dieselben nicht sorgfältig genug beobachtet habe. Jener grossen Zahl von Erfolgen stehen 2 Misserfolge gegenüber, welche jedoch kaum in Betracht kommen können, da es sich um Fälle handelte, in denen von vorneherein eine Heilwirkung nicht mehr zu erwarten war.

Bei einem 78jährigen Mann trat der Tod in Folge von Herzinsufficienz ein, welche sich im Laufe der Krankheit entwickelte, bei einer 54jährigen Frau bestand ein kolossales Lungenemphysem, das an sich schon für die Patientin ein Causa mortis gewesen wäre. In diesen beiden Fällen war jedoch der Einfluss der Injection auf das Befinden der Kranken ein auffallend günstiger gewesen.

Wenn wir nun im Folgenden die stattliche Zahl der oben beschriebenen Fälle überblicken, so bietet sich uns zunächst ein ganz buntes, wechselvolles Bild, das wohl auf den ersten Blick nicht recht anschaulich erscheinen mag. Eine Menge von Widersprüchen und Gegensätzen wird Jedem in der vorstehenden Schilderung aufgefallen sein. Es wird sich nun darum handeln, hier in Kürze, soweit es jetzt schon angängig, über die wichtigsten Punkte Klarheit zu schaffen. Am zweckmässigsten gehen wir dabei von der Betrachtung aus, welche ich bereits am Schluss meines letzten in der Zeitschr. f. klin. Medicin (s. o.) erschienenen Aufsatzes angestellt habe. Nach der dort gegebenen Darstellung müssen wir namentlich bei der Beurtheilung der Wirkungen unseres Serums drei Gesichtspunkte berücksichtigen und streng auseinanderhalten:

1. den Allgemeinzustand,
2. das Fieber,
3. den örtlichen Krankheitsprocess.

Nur wenn wir diese Eintheilung bei unserer Beobachtung zu Grunde legen, können wir zu einer richtigen Auffassung der Fälle gelangen. Eine andere Art der Erörterung hätte wenig Sinn und würde dem Verständniss durchaus nicht zu Hilfe kommen. Ich würde fehlgehen, wenn ich einfach die Endresultate, die definitive Heilung, als das ausschlaggebende Moment hervorheben würde, oder wenn ich zum Schluss weiter nichts als eine Aufstellung sämmtlicher Fälle bringen würde, die z. B. enthielte, wie viel Patienten am 1., wie viel am 2., 3., 4., 5. etc. Tag nach der Injection entfiebert sind. Mit solchen Auseinandersetzungen würden wir keinen Schritt vorwärts kommen. Wir müssen vielmehr allgemeine Züge in den Vordergrund der Betrachtung rücken und uns dabei in der oben vorgezeichneten Bahn bewegen. Was zunächst den Allgemeinzustand der Injicirten betrifft, so verdient derselbe eine eingehende Würdigung. Denn er nimmt die wichtigste Stellung in dem Symptomencomplex der Erkrankung ein, und die Wirkung des specifischen Serums auf den Allgemeinzustand steht an Bedeutung weit über der auf das Fieber und den anatomischen Process.

In dieser Beziehung können wir nun in den injicirten Fällen eine Reihe äusserst interessanter Beobachtungen machen. Wenn wir vom Allgemeinzustand schlechthin reden, so müssen wir dabei vor Allem zwei Punkte unterscheiden: 1) das subjective Befinden des Kranken, 2) das wahrnehmbare, objective Bild, den Habitus des Kranken. Das subjective Befinden des Injicirten ist im Gegensatz zu dem des Nichtinjicirten auffallend wenig gestört, das Krankheitsgefühl ist bedeutend geringer, Appetit und Schlaf erleiden nicht jene intensive Beeinträchtigung, wie wir sie bei den Nichtinjicirten zu sehen gewohnt sind. Bemerkenswerth ist auch, dass der Durst, der die acuten Infectionskrankheiten zu begleiten pflegt und die Patienten oft anhaltend quält, in den injicirten Fällen auf ein geringes Maass herabgesetzt ist, ja sogar gänzlich fehlen kann. Das Schmerzgefühl der Pneumoniekranken schwindet oft schnell, die Patienten können kräftig husten, gut expectoriren, ruhig athmen, ohne über erhebliches Seitenstechen, über Druck auf der Brust u. dergl. sich zu beklagen. So beobachten wir oft Fälle, die nach der Injection das Bild der vollständigen Euphorie darbieten: Kranke mit ihrer Pneumonie und ihrem Fieber, aber dabei ohne jegliche Störung im Befinden. In manchen Fällen sehen wir keine vollständige, sondern nur eine partielle Euphorie eintreten. Es lässt nur ein Theil der Beschwerden nach, ein anderer bleibt bestehen. So kann ein Patient nach der Injection noch über Schmerzen klagen, während sein Appetit und Schlaf gut sind, oder es kann sich dies und jenes Symptom noch längere Zeit erhalten, während andere schwinden. Aber gerade in solchen Fällen können wir dann die Wahrnehmung machen, dass das unter No. 2 angeführte objective Bild, der Habitus des Kranken, günstig ist. Das ganze Verhalten des Patienten steht dann oft in Widerspruch mit den von ihm geäusserten Klagen. Wonach beurtheilen wir nun vornehmlich den Zustand des Kranken, wenn wir von den Angaben über sein Befinden absehen? Nach dem Aussehen, nach dem Gesichtsausdruck. Ohne den Patienten weiter zu fragen, können wir es geradezu an seinem Gesicht ablesen, wie es sich mit seiner Krankheit verhält. Nun ist in den injicirten Fällen fast durchweg der Gesichtsausdruck ein ganz anderer als sonst bei Infectionen. Da sehen wir ruhige, wenig veränderte Züge, ein frisches, oft fröhliches Antlitz, einen festen, hellen, klaren Blick. Wenn man in den nicht injicirten Fällen auf diese Dinge achtet, so wird man bei einem Vergleich auf mannigfaltige, leicht erkennbare Abweichungen aufmerksam werden. Es würde jedoch zu weit führen, wenn ich auf alle Details hier eingehen wollte. Ausser dem Gesichtsausdruck sind es noch andere objective Zeichen, durch die sich die Injicirten von den Nichtinjicirten wesentlich unterscheiden. Die Injicirten können sich viel besser bewegen, sie sind nicht so hilflos, man trifft sie meist im Bette sitzend an, während die Nichtinjicirten ruhig und still daliegen. Die Stimmung der Injicirten ist heiter, freundlich, ihre Theilnahme ist rege, man kann sich mit ihnen unterhalten, sie sind sogar oft sehr gesprächig. Hier liesse sich noch mancherlei hinzufügen, aber wir wollen nicht zu weitläufig werden. Erwähnen will ich noch, dass auch der Stuhlgang in den injicirten Fällen gewöhnlich spontan eintritt, wenn lange vorher Obstipation bestand. Auch die Zunge findet sich entsprechend dem geringen Durst oft weniger belegt.

Wenn wir nun in den injicirten Fällen den Allgemeinzustand im grossen Ganzen günstig sehen, so haben wir uns weder vor

dem Fieber, noch vor dem örtlichen krankhaften Prozess zu fürchten. Es muss nun besonders betont werden, dass gerade in dieser Hinsicht ein gewaltiger Unterschied zwischen den Injicirten und Nicht-injicirten besteht. Manchmal sieht man auch bei nicht injicirten Patienten das Allgemeinbefinden zunächst wenig gestört, aber in der Regel erweist sich dieses Symptom hier als trügerisch, indem gerade diese Fälle weiterhin sich oft zu recht schweren ausbilden. Wir sind daher nur in den injicirten Fällen in der Lage, aus dem Gesammtbild unser Urtheil zu fällen, dagegen weniger leicht in den nicht injicirten. Ebenso haben auch Fieber und localer Process in den injicirten Fällen eine andere Bedeutung. Während sonst ein Fortschreiten der Pneumonie als recht ungünstiges und beängstigendes Symptom angesehen werden muss, haben wir in den injicirten Fällen keinen Anlass, uns hierüber aufzuregen. So können wir ganz ohne Sorge sein, wenn wir nach der Injection sich eine doppelseitige Unterlappenpneumonie ausbilden sehen, wie das bei einigen unserer Fälle sich ereignete, ja ich war nicht sonderlich beunruhigt, als ich bei einem Patienten die ganze rechte Lunge sich infiltriren, bei einem anderen Fall eine vollständige linksseitige Pneumonie auftreten sah. Und der Ausgang hat mir Recht gegeben, die Fälle sind trotz der grossen Pneumonie gut geheilt. Daraus ersehen wir, dass in den injicirten Fällen der locale Process bei der Pneumonie keine so wichtige Rolle spielt, wie es sonst der Fall ist. Etwas Aehnliches lässt sich auch vom Fieber der Injicirten sagen. Weder das Ansteigen, noch das lange Anhalten des Fiebers sind an sich prognostisch ungünstige Zeichen, wie ja viele von unseren Fällen bewiesen haben. Aus all' dem geht hervor, dass der Allgemeinzustand in den injicirten Fällen der allein ausschlaggebende Factor ist. In den ganz schweren Fällen, zu denen eine nicht geringe Zahl der oben beschriebenen gehört, können wir natürlich nicht verlangen, dass die Allgemeinerscheinungen nach der Injection milde sein müssten, es genügt uns, hier zu sehen, dass eine wesentliche Verschlimmerung nicht eintritt. Dies ist auch in keinem von unseren Fällen geschehen, mit Ausnahme eines einzigen, No. 2, der einen Potator betraf. In einem solchen Fall ist dann eine Venaesection angezeigt, welche denn auch von sichtbarem Nutzen für den Patienten war. Sonst ist die blosse Injection hinreichend. Mag auch manchmal die Euphorie, welche schon bald nach der Injection eingetreten ist, wieder schwinden — eine schlimme Bedeutung hat dies nicht, so lange der Gesammteindruck gut bleibt, und wir haben dann nicht nöthig, besondere therapeutische Maassnahmen zu treffen, da die Besserung wieder spontan einzutreten pflegt. Wenn sich jedoch die Schwere des Bildes steigert, wenn namentlich nach der Injection grosse Unruhe, Aufregung, Delirien zum Vorschein kommen, dann kann nur durch einen Aderlass Hilfe geschaffen werden, aber unter keinen Umständen durch eine nochmalige Injection. Zum Glück sind diese Fälle, in denen eine Venaesection dringend indicirt ist, selten. Noch auf eine interessante Erscheinung wollen wir hier aufmerksam machen, durch welche sich die Wirkung des Serum auf das Allgemeinbefinden ganz besonders von den übrigen Wirkungen unterscheidet. Während es zum Beispiel recht unwahrscheinlich ist, dass ein Mittel auf die Pneumonie derart einwirken könnte, dass diese sich schnell zurückbilden sollte, lässt es sich sehr wohl denken, dass die Wirkung eines Specificums auf das Befinden des Kranken in kürzester Frist eintreten kann. Und in der That sehen wir auch einen so plötzlichen Wechsel im Befinden nach der Injection sich vielfach vollziehen. Da sind oft nur wenige Minuten vergangen, und die Euphorie ist schon da, der Kranke ist auf einmal ein ganz anderer geworden, er wird in einen Zustand versetzt, in dem seine Krankheit ihm kaum zum Bewusstsein kommt. Es ist nun ein wenig stichhaltiger und oberflächlicher Einwand, den man, wenn man gerne etwas aussetzen möchte, hier machen könnte, dass nämlich diese auffallend raschen Wirkungen psychischer Natur seien. Nur Der kann sich vom Gegentheil überzeugen, der die Wirkungen gesehen hat. Wenn ein Kind, das ohne jede Theilnahme, ja somnolent daliegt, und auf den Einstich der Spritzennadel nicht im Geringsten reagirt, nun nach wenigen Minuten auflebt, lacht und spielt, so wird man da nicht leicht von einer Suggestion sprechen können, da diese ja bei einem Kinde völlig ausgeschlossen ist. Aber auch wenn man von einem Erwachsenen, den man als intelligent und gebildet und in jeder Beziehung als zuverlässig kennt, die Angabe hört, dass ihm auf einmal die Schwere aus dem Körper geschwunden, dass ihm ein Schleier von den Augen gefallen sei, dass es ihm vorkomme, als ob ein Wind über die sich abkühlenden Beine hinwegstreiche, so kann man hier durchaus von der Realität dieser Erscheinungen überzeugt sein. Ja, wenn man dazunimmt, dass bei einem solchen Patienten (Fall 20) auch die Temperatur eine halbe Stunde nach der Injection um 0,6° gesunken ist, so wird man schon dies in jeder Beziehung untrügliche Zeichen für ausreichend halten müssen, um auch die Plötzlichkeit der übrigen Erscheinungen als thatsächliche und nicht auf Täuschung oder Einbildung beruhende Wirkungen gelten zu lassen.

Haben wir nun den Allgemeinzustand in Anbetracht der grossen Wichtigkeit desselben etwas ausführlich behandelt, so können wir uns beim Fieber und dem anatomischen Process kürzer fassen. Ueber das Fieber lässt sich in den injicirten Fällen nichts allgemein Giltiges aussagen. Das Fieber verhält sich sehr verschieden, und es ist gerade interessant, bei der Pneumonie, die gewöhnlich eine typische Curve zeigt, hier so mannigfache Abweichungen von dem normalen Gang der Temperatur zu beobachten. Wir sehen Fälle, in denen das Fieber schnell nachlässt, und Fieberzeiten von nur 2—3 Tagen vorkommen. Andere Fälle fiebern jedoch noch recht lange nach der Injection, und es sind dies gerade die schwereren Fälle, von denen ich behaupten möchte, dass sie ohne die Injection einen malignen Verlauf genommen hätten. In mancher Hinsicht bot die hier herrschende Epidemie gewisse Anhaltspunkte für die prognostische Beurtheilung der Fälle, indem man ganz deutlich nachweisen konnte, wie mit der Zahl der Erkrankungen auch die Schwere derselben zunahm. Auf dem Höhepunkt der Epidemie sind denn auch eine Anzahl von Nichtinjicirten zu Grunde gegangen, während zu derselben Zeit die Injicirten sämmtlich durchgekommen sind, ein Beweis einerseits, wie bösartig die Epidemie war, andererseits welch' guten Erfolg die Serumtherapie hatte.

Ich möchte noch auf einen Punkt hinweisen, dessen Besprechung ich hier am besten einfüge. Die Schweisssecretion nämlich zeigt in den injicirten Fällen manche besondere Eigenthümlichkeiten. Sie kann trotz kritischen Temperaturabfalles gänzlich fehlen, ein anderes Mal ist sie sehr profus, beginnt lange vor der Entfieberung und dauert mehrere Tage. Von besonderem Interesse ist noch die Wirkung des Serum auf eine bereits bestehende Schweisssecretion. Es gibt nämlich Pneumoniefälle, die von Anfang an stark schwitzen, ohne dass wir eine baldige Entfieberung durch Krisis eintreten sähen, ja im Gegentheil, solche Fälle mit profusem Initialschweiss scheinen recht schwerer Natur zu sein, und es macht den Eindruck, als ob diese verfrühte Schweisssecretion gewissermaassen einen fehlerhaften und missglückten Regulationsversuch bedeute. Nun zeigt sich die merkwürdige Erscheinung, dass dieser Schweiss im Initialstadium der Pneumonie durch die Seruminjection oft ganz unterdrückt wird und erst später wieder eintritt, wenn die Krankheit der wirklichen Entfieberung näher gerückt ist. Es wird also hierbei ein Vorgang, der auf ein atypisches Functioniren des Körpers zurückzuführen ist, in die richtigen, normalen Bahnen gelenkt. Nun habe ich in Bezug auf das Fieber in den injicirten Fällen noch eine höchst auffallende Wahrnehmung gemacht. Durch sorgfältige Beobachtung fand ich, dass hier ganz enorme Temperaturschwankungen innerhalb kürzester Zeit vorkommen, so Differenzen von 2°—3° in einem Zeitraum von 1—2 Stunden. Man muss daher in den injicirten Fällen die Temperatur öfter am Tage messen (ich lasse dies 2—3 stündlich ausführen), um ein klares Bild von dem Gang der Temperatur zu bekommen. Sonst könnte man beispielsweise Fälle als durch Krise geheilt erklären, während eine solche gar nicht vorliegt. Es kann, wie wir gesehen haben, ein Fall Morgens und Abends normale Temperaturen aufweisen, dagegen Mittags fiebern, es kann ferner ein Fall, wenn wir nach dem üblichen Modus die Abendtemperatur um 6 Uhr aufnehmen, zu dieser Zeit fieberfrei sein, dagegen 2—3 Stunden später wieder einen recht beträchtlichen Temperaturanstieg zeigen. Es wäre ja recht lehrreich, hier die verschiedenen Temperaturcurven aufzuzeichnen und dieselben mit

einander zu vergleichen, namentlich auch die Schwankungscurven zu berücksichtigen, aber diese sämmtlichen Curven würden einen allzu grossen Raum einnehmen, so dass ich mir die Wiedergabe derselben versagen muss.

Was endlich den localen Process betrifft, so muss vor Allem hervorgehoben werden, dass eine recht frühzeitige Injection auffällige Abweichungen von dem normalen Ablauf des pneumonischen Processes bewirkt. Da kommt es in den früh injicirten Fällen gewöhnlich nicht zur vollendeten Infiltration, man hört oft nur Rasseln, Giemen, Knistern, ohne dass erhebliche Dämpfung aufträte oder das Athemgeräusch bronchialen Charakter annähme. Dass die Injection um so besser wirken muss, je früher sie ausgeführt wird, liegt auf der Hand. Es ist daher angezeigt, in Fällen zu injiciren, in denen von einem örtlichen Befund in den Lungen sich noch nicht viel feststellen lässt. Wenn man warten wollte, bis sich die Pneumonie ausbildet, so könnte man leicht die günstige Zeit für die Injection versäumen. Namentlich wird man bei älteren Leuten mit der Injection nicht zögern, selbst wenn die Diagnose noch nicht ganz sicher ist, sondern nur Verdacht auf Pneumonie vorliegt. So habe ich Fälle in den ersten 4—8 Stunden nach eingetretener Krankheit injicirt. Man kann dann immer mit grosser Sicherheit auf Erfolg rechnen und findet ausserdem, was noch besonders werthvoll ist, durch den weiteren Verlauf der Fälle die anfängliche Diagnose bestätigt. Es stellen sich nämlich fast ausnahmslos Zeichen ein, welche für die Krankheit charakteristisch sind. So finden wir häufig, dass in den Fällen, welche die Pneumonie noch nicht localisirt zeigten, nach der Injection geringe Dämpfung, Rasseln, Knistern, ja auch charakteristisches Sputum auftritt; sehr schön sehen wir oft nach der Injection Herpes labialis zum Vorschein kommen, in manchen Fällen auch profuse Schweisssecretion. Wenn wir die Injection später vornehmen, zu einer Zeit, in der die Pneumonie schon vollständig ausgebildet ist, so lässt sich meist ein deutlicher Einfluss auf den Process nicht mehr erkennen, was ja auch an und für sich recht unwahrscheinlich ist, da es sich hier um anatomische Vorgänge handelt, die zu ihrer Rückbildung Zeit beanspruchen. Dass sogar die Pneumonie nach der Injection erheblich fortschreiten, ja die ganze eine Lunge ergreifen kann, habe ich bereits erwähnt, aber dabei auch betont, dass diese Erscheinung an sich nichts Bedenkliches bedeutet. Manchmal waren mir einige auscultatorische Phänomene auffallend, eigenthümliche Veränderungen des Athemgeräusches, die ich sonst nicht wahrgenommen. Da aber diese Beobachtungen noch ziemlich vereinzelt dastehen, so verzichte ich hier auf deren Beschreibung.

Dies sind in Kürze die wesentlichsten Gesichtspunkte, auf welche ich die Aufmerksamkeit lenken wollte, während noch mancherlei Einzelheiten dabei unberücksichtigt bleiben mussten. Die nächste Frage würde nun die sein, wie sämmtliche Erscheinungen, die wir an einem Injicirten beobachten, mit einander in Einklang zu bringen sind, was wir aus diesem, was aus jenem Symptom schliessen können, wie wir uns die besonders bedeutsamen Momente etwa zu erklären haben. Dies hier auseinanderzusetzen, würde jetzt zu weit führen und dürfte vielleicht erst dann angebracht sein, wenn eine noch grössere Anzahl von Versuchen und Erfahrungen vorliegen wird. Mit solchen Theorien, wie z. B. dass ein Serum nicht concentrirt genug sei, wenn die Pneumonie nach der Injection noch fortschreitet, oder mit solch' scharfsinnigen Unterscheidungen wie «Heilserum» und «specifisch heilwirkende Factoren» würden wir nicht viel weiter kommen. Derartige oberflächliche Betrachtungen können uns wenig nützen, und allzu leicht dürfen wir uns über die vielen Schwierigkeiten nicht hinwegzusetzen suchen. Es wird aber vorerst, ehe wir uns auf theoretische Auseinandersetzungen einlassen, unser Bestreben sein müssen, immer neues Material zu sammeln, um aus jedem Fall wieder zu lernen und das Urtheil immer mehr zu schärfen. Ich gedenke nun bald Gelegenheit zu haben, über neue Fälle, besonders über die Behandlung der Diphtherie mit dem Serum der Reconvalescenten in einer weiteren Arbeit zu berichten.

Feuilleton.

Aus den preussischen Aerztekammern.

Von Hofrath Dr. *Brauser*.

Mein diesjähriger Bericht über die Thätigkeit der preussischen Aerztekammern im Jahre 1897 kann den Lesern absolut nichts Neues bringen, denn der Hauptgegenstand der Verhandlungen, der Entwurf einer Ehrengerichtsordnung für die preussischen Aerzte, ist wegen seiner hohen Wichtigkeit und dem Interesse, welches die ganze deutsche Aerztewelt an dieser Entwickelung der staatlichen Organisation des ärztlichen Standes in Preussen nimmt, bereits während des Jahres von der Fachpresse eifrig verfolgt worden. Es sind alle einschlägigen Verhandlungen und Beschlüsse sowohl der Aerztekammern als des Aerztekammerausschusses und die darauf erfolgenden Erlasse der Staatsregierung mehr weniger ausführlich mitgetheilt und dadurch dem grössten Theile der deutschen Aerzte bekannt geworden. Wenn ich es trotzdem versuche, im Anschluss an meinen vorjährigen Bericht (Münchener medicinische Wochenschrift 1897, No. 16 und 17) die Weiterentwicklung dieser für uns Alle hochwichtigen Frage zu schildern, so geschieht es, um in meinen Referaten keine Lücke entstehen zu lassen und um einige Streiflichter auf unsere bayerischen Verhältnisse dabei zu werfen, die ja auch in lebhafter Entwickelung begriffen sind.

Ich habe in meinem vorjährigen Bericht den Entwurf einer Ehrengerichtsordnung, wie er von der k. Staatsregierung den preussischen Aerztekammern in Vorlage gebracht worden war, in seinen einzelnen Bestimmungen zergliedert und zugleich bekannt gegeben, wie sich die einzelnen Aerztekammern zu dem Entwurfe gestellt haben und welche Abänderungsanträge zu demselben gestellt wurden. Die Hauptpunkte, welche den Widerspruch der ärztlichen Standesvertretung veranlassten und den Wunsch nach Revision laut werden liessen, waren: Der Ausschluss der beamteten und Militärärzte von der Disciplinargewalt der Standesvertretung; die Ausdehnung der Competenz der Ehrengerichte auf Streitigkeiten zwischen Aerzten und anderen, ausserhalb des Standes stehenden Personen; die Berechtigung des Angeschuldigten, einzelne Mitglieder des Ehrengerichtes abzulehnen, welche für nothwendig erachtet wurde; weiters wurde für die Entscheidung der Schuldfrage Zweidrittelsmehrheit gefordert; die Zusammensetzung sowohl des Ehrengerichtes als der höheren Instanz, des Ehrengerichtshofes, wurde beanstandet und deren Abänderung mit Verstärkung des ärztlichen Elementes gegenüber den staatlich ernannten Mitgliedern verlangt. Bei Festsetzung der Pflichten der Aerzte, deren Ausserachtlassen eine ehrengerichtliche Verhandlung veranlassen wird, wurde die Schaffung einer Standesordnung für nothwendig erklärt. Gegen den Beschluss des Ehrengerichtes soll nur dem Angeschuldigten, nicht auch, wie es in dem Entwurfe vorgesehen, dem Vertreter der Anklage die Berufung gestattet sein. Auch soll das richterliche Mitglied der beiden Instanzen zwar Sitz, aber keine Stimme bei den Berathungen haben.

Auch die Bestimmungen über das Umlagerecht der Aerztekammern und die Kassenführung gaben zu mehrfachen Abänderungsvorschlägen Veranlassung. Diesen Wünschen der einzelnen Aerztekammern hat sich der Aerztekammerausschuss grösstentheils angeschlossen und in dieser veränderten Form der k. Staatsregierung in Vorlage gebracht. In Folge dieser Beschlüsse der ärztlichen Standesvertretung hat der Minister im Herbste des Jahres 1897 dem Ausschuss der preussischen Aerztekammern einen umgearbeiteten Entwurf eines Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Cassen der Aerztekammern in Preussen zugehen lassen mit dem Ersuchen, die Berathung dieses Entwurfes so rechtzeitig vorzunehmen, dass der Gesetzentwurf noch dem nächsten Landtage vorgelegt werden könne.

Der neue Entwurf hat sich den Wünschen der Aerztekammern nur theilweise entgegenkommend gezeigt, und sollen hier die Punkte kurz angeführt werden, welche Seitens der k. Staatsregierung berücksichtigt oder entschieden abgelehnt worden sind. Bei dem Ausschlusse der beamteten und Militärärzte von der Disciplinargewalt der Aerztekammern bleibt die Staatsregierung entschieden stehen, kommt aber insoferne entgegen, als sie zugibt, dass diese

eximirten Aerzte für die Ehrengerichte weder wahlberechtigt noch wählbar sind, so dass also die künftigen Ehrengerichte nur aus solchen Aerzten bestehen, welche selbst der Disciplinargewalt untergeordnet sind. Auch kann künftig der Vorsitzende der Kammer, wenn er beamteter Arzt ist, in Folge obiger Bestimmung, nicht Mitglied des Ehrengerichtes sein, welche Function ihm ausserdem officiell zukömmt.

Die Bestimmungen über die Aufgaben des Ehrengerichtes (§ 3) werden nach dem Wunsche der Aerztekammern abgeändert. Der § 14 des früheren Entwurfes, welcher den Arzt verpflichtet, seine Berufsthätigkeit gewissenhaft auszuüben, und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes, sowie ausserhalb desselben sich der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, welche der ärztliche Beruf erfordert, wurde in seinem Wortlaute dahin abgeändert, dass es jetzt heissen soll: «Ein Arzt, welcher die Pflichten seines Berufes verletzt, oder sich durch sein Verhalten der Achtung und des Vertrauens unwürdig zeigt, welche der ärztliche Beruf erfordert, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt». Es ist damit die stricte Bezeichnung der ausserberuflichen Vergehen, wie sie der erste Entwurf enthalten, zwar abgeschwächt, aber es ist doch noch recht deutlich die Absicht festgehalten, auch Vergehen ausserhalb der Berufsthätigkeit, wenn sie die dem ärztlichen Berufe nothwendige Achtung und das Vertrauen schädigen, zur Strafe zu ziehen, und das halte ich für unbedingt nothwendig, wenn eine Standesordnung überhaupt irgend welchen Werth haben soll. Die Bestimmung über die Nichtöffentlichkeit der Hauptverhandlung wurde nach dem Wunsche des Ausschusses geändert. Auch die Zusammensetzung des Ehrengerichtshofes wurde dahin abgeändert, dass die 3 vom König zu ernennenden Mitglieder nicht aus der wissenschaftlichen Deputation genommen werden müssen. Die vom Ausschuss geforderte Möglichkeit des Ablehnens einzelner Mitglieder des Ehrengerichtes durch den Angeschuldigten wurde abgelehnt, ebenso der Wunsch, dass auch der Angeschuldigte mündliche Verhandlung verlangen kann, dass nur dem Angeschuldigten, nicht auch dem Staatsvertreter die Berufung zustehe. Auch die gewünschte Zweidrittelmehrheit für Verurtheilungen wurde abgelehnt, ebenso der Wunsch, dass bei Anklagen gegen einen öffentlichen (beamteten oder Militär-) Arzt der Staatsanwalt der Aerztekammer Mittheilung machen möge.

Ueber diesen Seitens der k. Staatsregierung umgearbeiteten Entwurf mit den eben aufgezählten Veränderungen haben nun sämmtliche Aerztekammern berathen und Beschluss gefasst. Es ist über alle diese Vorgänge in unserem ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland der Reihe nach ausführlich berichtet worden, so dass ich nur Veranlassung nehme, die Resultate dieser Kammerberathungen kurz aufzuführen, um die Vollständigkeit meines Berichtes nicht zu unterbrechen. 4 Kammern haben den Gesetzentwurf in seiner neuen Form ganz abgelehnt, 5 Kammern haben den Gesetzentwurf bedingungsweise mit Wiederholung einzelner früherer Anträge angenommen, nur 3 Kammern haben sich im Wesentlichen, nur mit Aeusserung einiger Wünsche, mit dem Entwurfe einverstanden erklärt. Nach den einzelnen Aerztekammern und auf Grund ihrer Beschlüsse hat sich dann auch der Kammerausschuss in 2 tägiger Sitzung am 31. October und 1. November über die neue Vorlage geäussert und zwar wie folgt:

Die Bestimmungen des § 2 über die Ausschliessung der beamteten und Militärärzte werden mit Mehrheit angenommen, dazu jedoch beschlossen, dass diese Kategorien in ihrer privatärztlichen Thätigkeit einer Standesordnung unterstehen sollen. Zu den Competenzen dieses Ehrengerichtes soll hinzugefügt werden, es habe auf Antrag eines Arztes eine ehrengerichtliche Entscheidung über sein Verhalten zu erfolgen. Die Zusammensetzung des Ehrengerichtes wird in der Art gefordert, dass dasselbe aus dem Vorsitzenden und 4 Mitgliedern der Aerztekammer bestehe.

Die Stimmberechtigung des Richters wird mit 6 gegen 6 Stimmen abgelehnt, und bestimmt, der Richter sei auf die Dauer der Geschäftsperiode des Ehrengerichtes zu ernennen.

Zur Bejahung der Schuldfrage wird Zweidrittelmehrheit für nothwendig erklärt. Der § 13 wird in folgender Fassung angenommen: «Ein Arzt, welcher die Pflichten seines Berufes verletzt oder durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes sich der Achtung und des Vertrauens, welches derselbe erfordert, unwürdig zeigt, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt». Es ist demnach das ausserberufliche Verhalten dadurch der Ueberwachung und Disciplinirung durch die Standesvertretung wieder entzogen, wiewohl sich eine wirksame Standes- und Ehrengerichtsordnung ohne diese Bestimmung gar nicht denken lässt. Der Erlass einer Standesordnung wird wiederholt für nothwendig erklärt. Die Bestimmung, dass wegen Handlungen, vor der Approbation begangen, unter Umständen ein ehrengerichtliches Verfahren zulässig ist, soll ganz gestrichen werden. Ein beantragter Zusatz zu § 16 verpflichtet die Staatsanwaltschaft, vor jeder Eröffnung einer öffentlichen Anklage gegen einen Arzt der zuständigen Aerztekammer Mittheilung zu machen Die Frage, ob nur dem Angeklagten, oder auch dem Vertr r der Anklage die Berufung zustehen solle, blieb bei Stimu gleichheit unentschieden. In § 28 soll statt »Pflichtverletzu » gesetzt werden «Verfehlung». Die Wiederaufnahme eine eingestellten ehrengerichtlichen Verfahrens soll schon nach 3 statt 5 Jahren möglich sein. Bezüglich der Zusammensetzung des Ehrengerichtshofes wurde beschlossen, dass derselbe aus 4 Mitgliedern des Aerztekammerausschusses und 2 vom König Ernannten bestehen solle, und dass die ärztlichen Mitglieder und ihre Stellvertreter nicht aus der Reihe der eximirten Aerzte, also der beamteten und Militärärzte, genommen werden dürfen.

Auch für die zweite Instanz, den Ehrengerichtshof, wird Zweidrittelsmehrheit zur Bejahung der Schuldfrage gefordert. Auch die Bestimmungen über das Umlagerecht und die Cassenführung der Aerztekammern erforderten einige Abänderungsvorschläge Seitens des Ausschusses, und wurde speciell betont, dass für den Fall der Nichtannahme der vorhergehenden Bestimmungen wenigstens diejenigen über das Umlagerecht zur Genehmigung empfohlen werden sollen, weil dieselben für die finanzielle Existenz der Kammern unbedingt nothwendig seien. Dieser in der beschriebenen Form amendirte Gesetzentwurf wurde nun dem k. Staatsministerium vorgelegt. Der Bericht des Kammerausschusses an das k. Staatsministerium ist in der No. 366 des ärztlichen Vereinsblattes für Deutschland ausführlich wiedergegeben und kann ich darauf verweisen; er wurde am 13. November an den Minister übergeben, welcher bereits mittels eines Ministerialerlasses vom 27. December darauf erwiderte. Der Erlass ist in No. 367 des ärztlichen Vereinsblattes für Deutschland abgedruckt, und möchte ich aus demselben nur die wichtigsten Punkte hervorheben. Der Minister glaubt in Anbetracht der ablehnenden Haltung der Mehrzahl der Aerztekammern gegen den Entwurf und in Anbetracht einzelner unannehmbarer Abänderungsvorschläge keine ausreichende Veranlassung mehr zu haben, die Angelegenheit noch weiter zu verfolgen, weist aber zugleich darauf hin, wie es ihm schon längst als eine Nothwendigkeit erschienen sei, die im Laufe der Zeit durch mancherlei Umstände ungünstig beeinflusste Stellung der Aerzte zu fördern und zu heben. Zu diesem Zwecke habe er auch Schritte eingeleitet zur Aenderung der Reichsgesetzgebung im Interesse des ärztlichen Standes, namentlich zur Heraushebung der Aerzte aus der Reichsgewerbeordnung und Wiedereinführung des Curpfuschereiverbotes.

Weiters betont der Minister, dass eine Instanz gebildet werden müsse, welche über die Verweigerung der Hilfe in dringender Gefahr zu entscheiden haben wird, wenn die frühere strafrechtliche Bestimmung (der mit Unrecht so gefürchtete § 200) nicht wieder eingeführt werden soll. In unmittelbarem Zusammenhang damit stehe die Einführung ehrengerichtlicher Institutionen und einer ärztlichen Standesordnung. Der Minister bezweifelt, ob jene eingeleiteten Schritte zur Hebung und Reorganisation des ärztlichen Standes fortzusetzen seien, nachdem die Bemühungen der k. Staatsregierung, eine von den Aerzten selbst gewünschte ehrengerichtliche Institution in's Leben zu rufen, an dem Widerstande der Aerzte gescheitert seien. Der Minister stellt es den Aerztekammern anheim, in eine nochmalige Berathung des vorliegenden Gesetzentwurfes einzutreten und macht zu den wesentlichen Abänderungsvorschlägen folgende einzelne Bemerkungen.

Die Ausdehnung der Zuständigkeit der Ehrengerichte auf die beamteten und Militärarzte, wie sie von mehreren Kammern wiederholt beantragt wurde, weist der Minister entschieden und

motivirt zurück. Die gewünschte Zulässigkeit einer von einem Arzte selbst beantragten ehrengerichtlichen Entscheidung über sein Verhalten wird in den Motiven des Entwurfes ausdrücklich Erwähnung finden und ist dadurch sichergestellt. Die Stimmberechtigung des richterlichen Mitgliedes des Ehrengerichtes wird aufrecht erhalten. Die Zweidrittelsmehrheit für die Bejahung der Schuldfrage wird in beiden Instanzen zugestanden. Die Möglichkeit, dass auch der Beschuldigte die mündliche Behandlung gegenüber der schriftlichen Abstimmung verlangen könne, erachtet der Minister durch § 17 Absatz 3 bereits gegeben.

Ueber die von den Kammern beanstandete Hereinziehung des ausserberuflichen Verhaltens unter die ehrengerichtliche Ueberwachung äussert sich der Minister sehr beruhigend dahin, dass nicht davon die Rede sein könne, die politischen, religiösen oder wissenschaftlichen Ansichten und Handlungen eines Arztes zum Gegenstand einer ehrengerichtlichen Untersuchung zu machen, dass aber das ausserberufliche Verhalten eines Arztes sehr wohl in Frage kommen kann, wenn das Ehrengericht die Competenz hat, über Verstösse gegen die ärztliche Standesehre zu entscheiden. Der Minister weist dabei auf die bereits gesetzlich bestehende Standesordnung des Königreiches Sachsen, auf eine analoge Bestimmung der deutschen Rechtsanwaltsordnung und auf den Entwurf einer bayerischen Standesordnung hin. Ich glaube, dass durch diese stricte Erklärung des Ministers die Bedenken der preussischen Collegen gehoben sein werden.

Auf der Aufrechthaltung der Bestimmung des § 15 bezüglich der Verfehlungen vor der Approbation glaubt der Minister nicht bestehen zu müssen. Die Verpflichtung der Staatsanwaltschaften, von Erhebung einer öffentlichen Anklage gegen einen Arzt dem Vorstande der Aerztekammer Mittheilung zu machen, wird in die Ausführungsbestimmungen aufgenommen werden.

Der Antrag, statt «Pflichtverletzung» zu setzen «Verfehlung» und im § 29 statt «fünf Jahre» «drei Jahre», wird genehmigt. Dagegen wird es abgelehnt, dass die Berufung oder die Beschwerde gegen die Entscheidung oder den Beschluss des Ehrengerichtes nur dem Angeschuldigten, nicht auch dem Vertreter der Anklage zustehen solle, und wird hier auf analoge Bestimmungen der deutschen Rechtsanwaltsordnung und der Reichsstrafprocessordnung hingewiesen. Auch in Bezug auf die Zusammensetzung des Ehrengerichtshofes kommt der Minister dem Wunsche der Kammern entgegen, indem er zugibt, dass der Ehrengerichtshof bestehen soll aus vier Mitgliedern des Aerztekammerausschusses und zwei anderen Aerzten, ebenso, dass die Mitglieder und Stellvertreter stets zu den für das Ehrengericht wahlberechtigten Aerzten gehören müssen, also nicht aus der Reihe der beamteten oder Militärärzte genommen werden können.

Es muss constatirt werden, dass dieser Ministerialerlass den Wünschen der Aerztekammern in manchen Punkten weites Entgegenkommen zeigt, wenn auch einige Punkte, wie die Zuziehung der beamteten und Militärärzte in irgend welcher Form, entschieden abgelehnt wurden. Es ist mit Bestimmtheit zu erwarten, dass unsere preussischen Collegen die wiederholt dargebotene Hand der k. Staatsregierung nunmehr ergreifen und mit dem nicht zu unterschätzenden Erreichbaren sich zufrieden geben werden. Schwer wäre die Verantwortung, wenn an einigen unerreichbaren Punkten das ganze Werk scheitern sollte.

Gewiss blicken alle deutschen Aerzte gegenwärtig mit Spannung, aber auch vertrauensvoll, auf die Entscheidung der preussischen Aerztekammern. Denn ein abermaliges Ablehnen der Regierungsvorlage hätte nicht nur ein Scheitern der ganzen Organisation des ärztlichen Standes in Preussen zur Folge. Nach den Ausführungen des Ministers würde auch noch eine schlimmere Folge dieser gescheiterten Verhandlungen dadurch entstehen, dass die Seitens der k. preussischen Staatsregierung seit kurzer Zeit eingeleiteten Schritte zur Hebung des ärztlichen Standes im Allgemeinen, zur Heraushebung der Aerzte aus der Reichsgewerbeordnung und Wiedereinführung des Curpfuschereiverbotes, eine empfindliche Störung und Verzögerung erleiden könnten. Das kann und darf nicht geschehen, und desshalb glaube ich im Namen der grossen Mehrheit der deutschen Aerzte die sichere Erwartung aussprechen zu dürfen, dass die preussischen Collegen an den bisherigen Errungenschaften festhalten und, wenn auch mit Aufopferung einzelner wesentlicher Wünsche, weiterbauen werden an der Organisation des ärztlichen Standes in Preussen, und dadurch auch beitragen werden zur Hebung des ganzen ärztlichen Standes in Deutschland.

Wenn ich zum Schlusse noch einige Worte über unsere bayerischen Verhältnisse anfüge, so glaube ich behaupten zu können, dass wir aus der ganzen oben geschilderten Bewegung in Preussen für unsere eigenen Zwecke nur lernen können. Wir befinden uns noch in einem sehr frühen Stadium der Neuorganisation unseres Standes; wir stehen vor dem Entwurfe einer Standesordnung, welche vor ihrer definitiven Feststellung noch der Prüfung der höchsten Medicinalstelle unterzogen werden wird. Auf Grund dieser Standesordnung wird dann erst eine Ehrengerichtsordnung zu schaffen sein; es werden auch an uns die verschiedenen wichtigen Fragen der Stellung der beamteten und Militärärzte, die Zusammensetzung und Competenz der beiden Instanzen des ehrengerichtlichen Verfahrens, die Beiziehung richterlicher Persönlichkeiten, endlich die schwerwiegende finanzielle Frage des Umlagerechtes herantreten. Durch ein eifriges Studium der bereits vorliegenden Beispiele in Preussen und Sachsen werden uns diese Arbeiten wesentlich erleichtert werden. Um dies zu fördern habe ich die Vorgänge in Preussen ausführlicher geschildert und hoffe, damit den Anstoss zu weiteren Besprechungen der einschlägigen Fragen in der Presse gegeben zu haben. Schliesslich möchte ich noch die Gelegenheit benützen, den Aerztekammervorständen, welche mir ihre Protokolle zuzusenden die Güte hatten, meinen verbindlichsten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Referate und Bücheranzeigen.

A. Ecker und R. Wiedersheim: Anatomie des Frosches. II. Abtheilung, I. Hälfte. Auf Grund eigener Untersuchungen durchaus neu bearbeitet von **E. Gaupp.** Braunschweig. F. Vieweg & Sohn. Preis 10 Mk.

Das, was wir seiner Zeit beim Erscheinen der ersten Abtheilung Rühmenswerthes von dem vorliegenden Werke gesagt haben, gilt vielleicht in noch höherem Maasse von der jetzt erschienenen ersten Hälfte der zweiten Abtheilung, die das gesammte Nervensystem umfasst. Die Gaupp'sche Bearbeitung stellt sich uns als eine durchaus selbständige Arbeit dar. Von dem früheren Werk ist eigentlich kaum mehr als der Titel und ein paar Illustrationen übrig geblieben. Aus den vier Bogen der ersten Auflage sind jetzt fünfzehn geworden und doch hat das Werk an Handlichkeit und Uebersichtlichkeit sicherlich nichts eingebüsst.

Auf keinem Gebiete der gesammten Morphologie haben ja unsere Anschauungen in den beiden letzten Decennien so tief greifende Wandlungen erfahren, als auf dem des Nervensystems und es musste desshalb gerade die Bearbeitung dieses Capitels dem Autor eine ebenso schwierige als dankbare Aufgabe bieten. Dass sie glänzend gelöst worden ist, wird Jeder zugestehen müssen, der das vorliegende Heft zur Hand nimmt.

Etwas mehr als die Hälfte ist der Beschreibung des Centralnervensystems gewidmet, in der vor Allem die Darstellung des Hirnbaues nach den Principien der modernen vergleichenden Hirnforschung durchgeführt und ganz vorzüglich gelungen erscheint.

Ganz neu ist in der Gaupp'schen Bearbeitung die Berücksichtigung des mikroskopischen Baues, welche Vielen willkommen sein dürfte.

Ein ausführlicher Literaturnachweis bildet ebenfalls eine schätzenswerthe Beigabe.

Die Ausstattung des vorliegenden Heftes in Druck und Abbildungen ist wiederum recht gut. Die letzteren sind theilweise farbig ausgeführt, für später dürfte sich vielleicht eine grössere Einheitlichkeit in der Farbengebung empfehlen.

R. Krause-Berlin.

Fr. C. Stubenrath: Das Genus sarcina in morphologischer, biologischer und pathologischer Beziehung mit besonderer Berücksichtigung der Magensarcine. Würzburger Habilitationsschrift. München, Verlag von J. F. Lehmann 1897. Preis 3 Mk.

Die Gattung Sarcina lässt sich nach St. insofern nicht ganz scharf von der Gattung Mikrococcus abgrenzen, als in manchen Fällen die Paquetbildung, welche für die Begriffsbestimmung Sarcina maassgebend ist, nur ausnahmsweise eintritt oder überhaupt unklar und zweifelhaft bleibt. Verf. untersuchte ein reiches Material von Sarcinen, welche er theils von verschiedenen Instituten bezog, theils selbst aus Mageninhalt, Cavernen, Harn, aus Bier, Wasser, Erde, Luft u. s. w. züchtete. Er theilt die Sarcinen in 5 Hauptarten und diese wieder in Unterarten ein; erstere sind: 1) die farblosen, grauen und weissgrauen, 2) die gelben, 3) die orangegelben, 4) die braunen und 5) die rothen Sarcinen. St. konnte nur bei 2 Sarcinen eine Variabilität in der Farbstoffbildung beobachten und glaubt daher auf die Verwerthung derselben zur Unterscheidung der Arten nicht verzichten zu können, bis bessere Merkmale für die Unterscheidung gefunden werden. Ausser der Farbstoffbildung lassen sich noch sehr gut das mikroskopische Bild der Plattencultur und des hängenden Tropfens zur Bestimmung verwenden. Verf. unterscheidet 12 sichere Unterarten, welche er alle genau auf ihre morphologischen und biologischen Eigenschaften untersuchte. Das Resultat dieser Untersuchungen ist in sehr sorgfältig ausgeführten Einzelbeschreibungen und in einer besonderen Uebersichtstabelle über die biologischen Eigenschaften in übersichtlicher Weise zusammengestellt.

Die von Gruber aufgestellten Arten vermag St. nicht anzuerkennen, da dieselben nach ihren Beschreibungen mit denen anderer Autoren völlig übereinstimmen. Auch gibt es nach dem Verf. keine bestimmte Sarcina ventriculi, da im Magen eine Reihe wohlcharakterisirter Sarcinenarten vorkommt.

Die biologischen Eigenschaften zeigen grosse Variabilität. Die beste Entwicklung findet auf neutralem oder schwach alkalischem Nährboden statt; doch wird auch leichte Ansäuerung vertragen. Fast alle Sarcinen gedeihen auch bei O-Abschluss; das Licht hat auf das Wachsthum keinen Einfluss; das Temperatur-Optimum liegt bei 20°, doch findet auch bei wenigen Wärmegraden und im Brütofen Wachsthum statt.

Gasbildung war nie zu beobachten; dagegen erwiesen sich alle Sarcinen als schwache Säurebildner (Milchsäure); bei O-Abschluss bildeten fast alle reichlich SH_2, bei Luftzutritt war das Verhalten diesbezüglich verschieden. Eine schwache Indolreaction war bei allen Arten zu erhalten; ebenso bilden wahrscheinlich alle Sarcinen geringe Mengen Ammoniak.

Die Bildung von Geiseln konnte St. nur bei S. pulmonum nachweisen. Dagegen ist es ihm merkwürdiger Weise scheinbar nicht gelungen, endogene Sporen bei S. pulmonum zu beobachten, obwohl diese vom Ref. ausführlich beschrieben und auch von Lehmann und Neumann später constatirt worden sind. Eine pathologische Bedeutung kommt auch nach den Untersuchungen des Ref. den Sarcinen nicht zu. Hauser.

Prof. **Kraus: Die Erkrankungen der Mundhöhle.** Aus Nothnagel's specieller Pathologie und Therapie. XVI. Band. 1. Theil. I. Abtheilung. Verlag von Alfred Hoelder, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien 1897. Einzelpreis Mk. 8.80, für Abonnenten Mk. 6.60.

Das Studium der etwas monotonen Mundkrankheiten durch eine interessante Darstellung wesentlich erleichtert zu haben, ist vor Allem das unbestrittene Verdienst des Verfassers. Derselbe beginnt sein Werk mit der Anatomie, Physiologie und allgemeinen Pathologie der Mundhöhle, um dann die Krankheiten der Secretionsorgane resp. der Speicheldrüsen detaillirt zu schildern; dann folgen die nervösen Erkrankungen und zum Schlusse die diffusen und partiellen Stomatopharyngitiden. Der früheren Bezeichnung «Aphthen» zieht Verfasser das Wort Stomatitis fibrinosa maculata disseminata vor und unterscheidet dieselbe aetiologisch von der Mund- und Klauenseuche, mit welcher die Aphthen heute vielfach identificirt werden. Dass Mikroorganismen die Ursache der Aphthen sind, ist sicher, ob aber der von Stoos gefundene Streptodiplococcus der Missethäter ist, muss einstweilen unentschieden bleiben. Die Pathogenese der Stomacace ist immer noch in Dunkel gehüllt, doch scheinen dabei auch wieder Bacterien eine Hauptrolle zu spielen; dasselbe gilt auch von der Noma. Die glatte Atrophie der Zungenwurzel, welche von Virchow, Lewin und Anderen als ein Charakteristicum für constitutionelle Syphilis angesehen wird, kommt nach Kraus nicht ausschliesslich bei dieser vor, sondern auch bei anderen schweren destruirenden Vorgängen, ganz abgesehen davon, dass bei Lues die Zungentonsille oft normal oder gar hyperplastisch erscheint; auch die Hutchinson'schen Veränderungen der Zähne sind kein absolut sicheres Kriterium für Syphilis. Bei den leukaemischen Affectionen der Mundrachenhöhle handelt es sich um die Entwicklung von lymphadenoider Neubildung an der Schleimhaut und durch Abstossung des Epithels bedingter Ulceration. In Bezug auf die Aetiologie der Leukoplakie ist Verfasser der Ansicht, dass durchaus nicht immer Syphilis im Spiele sei, doch könne die Syphilis die histioide Beschaffenheit der Schleimhäute derart ändern, dass anderweitige Schädlichkeiten das Epithel leichter zu modificiren geeignet wären. Die schwarze Zunge beruht, wie schon Referent constatiren konnte, auf einer Verhornung der Epithelschicht mit Braunfärbung resp. Vertrocknung derselben; als wirksamstes Mittel fand Kraus das Wasserstoffsuperoxyd. Die Darstellung des Buches ist eine äusserst klare und präcise, auf eine grosse persönliche Erfahrung und zahlreiche Literaturangaben gestützte. Die Ausstattung ist vorzüglich und macht dem Verleger alle Ehre. Schech.

Dr. F. **Mayer**-Czernowitz: **Ueber den Einfluss hoher Hitze auf die Stellung von Leichen und über Wärmestarre.** Mit 10 Abbildungen. Verlag von W. Braumüller. Wien. Preis 1,40 Mk.

M. hat zur Erklärung der Stellungsveränderungen der Extremitäten bei verbrannten oder verkohlten Leichen im gerichtlich-medicinischen Institut zu Wien eine Reihe von Versuchen an todten und lebenden narkotisirten Hunden, sowie auch an menschlichen Leichen vorgenommen.

Brachte er Hunde in heisses Wasser unter 100° C., so trat je nach der Höhe der Temperatur in einigen Minuten eine Starre der Glieder ein und zwar in einer regelmässig wiederkehrenden typischen Stellung der Art, dass sämmtliche Gelenke der Extremitäten sich in Beugung befanden. Bei Anwendung von Temperaturen von 100° C. und darüber mittels siedenden Wassers und Flammenhitze erhielt sich in den vorderen Extremitäten die Beugestellung, im Carpalgelenke ward dieselbe sogar eine hochgradigere spitzwinklige; an den hinteren Extremitäten blieb im Hüft- und Kniegelenke die Beugung zwar bestehen, jedoch stellte sich im Sprunggelenke eine Ueberstreckung ein. M. bezeichnet diese beiden Arten der Gliederstellung als die der Wärmestarre ersten und zweiten Grades.

Auf das Zustandekommen dieser Stellungsveränderungen hat die Schrumpfung der Haut keinen nennenswerthen Einfluss, dieselben beruhen vielmehr ausschliesslich auf der Zusammenziehung der Musculatur in Folge der Wärmestarre. Wirkt die Hitze isolirt auf die Beuge- oder Streckmuskeln ein, so erfolgt je nachdem eine Beugung oder Streckung der Extremität. Wirkt jedoch die Verbrennungshitze gleichmässig auf die gesammte Körperoberfläche, so verfallen zunächst die Beugemuskeln desshalb der Starre, weil die dünnen langgestreckten Muskeln von der Hitze leichter durchdrungen werden können als die dicken, massigen Muskeln der Streckseite, gegen Hitze empfindlicher sind und rascher darauf reagiren, und weil die dickeren Fascien an den Streckseiten die Wärmeleitung erschweren. Der Uebergang der Beugestellung im Sprunggelenke in Ueberstreckung beim zweiten Grade erklärt sich daraus, dass der Gastrocnemius in Folge seiner Massigkeit erst bei höheren Temperaturen durch Wärmestarre zur Verkürzung gelangt, als sein schon bei niederen Temperaturen erstarrender, dünnerer Antagonist.

Die casuistischen Beobachtungen an verbrannten Leichen Erwachsener und Experimente mit Kinderleichen haben ergeben, dass der zweite Grad der Wärmestarre als die regelmässige typische Stellung der Leichen hochgradig Verbrannter anzusehen ist. Befand sich der Körper während der Verbrennung in Bauchlage, so kann sich je nach der Entwicklung der Musculatur in höherem oder geringerem Grade die Stellung à la vache herausbilden. Bei den bizarren Gliederstellungen Verbrannter — Fechterstellung — wird der vorbezeichnete Grundtypus dadurch modificirt, dass einzelne Muskelgruppen gleich Anfangs besonders intensiv von der

Hitze getroffen werden, einzelne Muskelbäuche nach ihrer Blosslegung und längerem Einwirken der Verbrennungshitze schrumpfen, die Gliederstellung durch zufällige Umstände und die jeweilige Lage des Körpers beeinflusst wird, vielleicht aber auch durch kataleptische Todtenstarre, da Erstickung durch irrespirable Gase, namentlich bei Bränden in abgeschlossenen Räumen, den unmittelbaren Uebergang vitaler Muskelcontractionen in Todtenstarre veranlassen kann. Dr. Carl Becker.

Carl Hartwich, Prof. der Pharmakognosie am eidgen. Polytechnikum in Zürich: **Die neuen Arzneidrogen aus dem Pflanzenreiche.** Berlin, Julius Springer 1897, pag. 469. 12 Mark.

Das Werk bietet eine alphabetische Aufzählung der ca. 1400 Arzneidrogen, die seit etwa 1880 in der Literatur genannt sind. Bei jeder Pflanze ist, soweit bekannt, Classe und Familie des natürlichen Systems, Heimath, Angabe des verwendeten Theils und die Verwendung angegeben. Wo Näheres bekannt war, sind unter Mitverwendung eigener Beobachtungen knappe Mittheilungen über Aussehen resp. anatomischen Bau der Droge, ihren Gehalt an wirksamen Substanzen etc. angefügt und die neuere pharmakognostische Literatur überall angeführt. Von der enormen Zerstreutheit der letzteren gibt das Verzeichniss der 153 benützten Quellenwerke Aufschluss, unter denen sich vielfach amerikanische, englische, indische, australische, z. Th. sehr schwer zugängliche Werke finden. Eine sehr grosse Bereicherung hat das Verzeichniss auch aus Drogistencatalogen geschöpft, natürlich war über viele dieser Nummern sehr wenig zu sagen. Als Einleitung des Werkes dient ein Ueberblick über den enormen Aufschwung, den die Verwendung, besonders aber die Empfehlung neuer Drogen in allen Theilen der Welt in neuerer Zeit gemacht hat, wodurch ein Werk, wie das vorliegende, zum Bedürfniss für weite Kreise wird. Den Botaniker wird ein Anhang interessiren, in dem der grosse Stoff nochmals nach Pflanzenfamilien übersichtlich kurz gruppirt ist, aus dem erwähnt sein mag, dass die zahlreichsten Vertreter geliefert werden von den Classen der Compositen (ca. 170), Apocynaceae, Myrtaceae, Euphorbiaceae und Papilionaceae, aber selbst die Orchideae haben 9 Vertreter geliefert.

Ein 45 Seiten langes, 3 spaltiges alphabetisches Register gestattet, die Drogen auch nach ihren Trivialnamen zu suchen. Die sehr fleissige und sorgsame Arbeit wird sehr vielen Interessenten ein unentbehrliches Nachschlagebuch werden.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Sanitäts-Bericht über die Königlich Bayerische Armee für die Zeit vom 1. April 1893 bis 31. März 1894, bearbeitet von der Medicinal-Abtheilung des Königlich Bayerischen Kriegsministeriums. Mit 1 Abbildung und 13 graphischen Darstellungen. München 1897. Gedruckt im Königlich Bayerischen Kriegsministerium.

Inclusive den **1519** aus dem Vorjahre verbliebenen Kranken wurden in der Berichtsperiode **66547** Mann behandelt; von diesen wurden **59931** geheilt, **187** sind gestorben, **4535** gingen anderweitig ab (1428 als dienstbrauchbar, 1324 als Invaliden, 1121 wurden beurlaubt etc. etc.)

Am Schlusse des Rapportjahres 1894 verbleiben **1193** Kranke. Gegenüber dem Berichtjahre 1892/93 ist eine Zunahme der Krankenzahl zu constatiren, welche sich durch eine im I. A. C. herrschende grosse Typhus- und Influenzaepidemie erklären lässt.

In der speciellen Berichterstattung über die einzelnen Gruppen der Lazareth- und Revierkranken ist die grosse Typhusepidemie beim Infanterie-Leib-Regiment in den Vordergrund gestellt.

Im Monat Mai 1893 kam daselbst eine Typhusepidemie zum Ausbruch, die explosiv in wenigen Tagen über 3 Casernen sich verbreitete, aber hier auf die Mannschaften eines und desselben Regimentes beschränkt blieb. Es erkrankten binnen wenigen Tagen 378 Mann, wovon 34 starben (8,9 Proc.). Vom aetiologischen und klinischen Standpunkte aus ist die Epidemie gleich eingehend bearbeitet.

Besondere Sorgfalt wird von Seiten der Militärverwaltung stets den Erkrankungen der Athmungsorgane sowohl bei dem Musterungs- und Aushebungsgeschäft, als auch bei den Truppentheilen zugewendet; Dank derselben ist auch in dieser Berichtsperiode wieder eine Abnahme der Tuberculose zu constatiren.

Bei den Erkrankungen der Circulationsorgane spielt der Gelenkrheumatismus als aetiologisches Moment für die Herzerkrankungen die wichtigste Rolle.

Augenkranke kamen 1972 in Zugang. Erfolgreiche operative Eingriffe, Enucleatio bulbi, Geschwulstexstirpation, Fremdkörperextraction wurden von Generalarzt Dr. Seggel und Professor Dr. Eversbusch vorgenommen.

Die Zahl der Ohrenkranken ist im Steigen begriffen, die Paracentese des Trommelfells wurde in München allein 20 mal, die Eröffnung des Warzenfortsatzes 6 mal (Oberstabsarzt Dr. Hummel) vorgenommen.

Die Operationstabelle umfasst 75 grosse, operative Eingriffe; Trepanationen, Luftröhrenschnitte, Thoracocentesen, Laparotomien, Gliedabsetzungen etc. etc.

Im Anhange finden wir die Ergebnisse der Zählkartenstatistik der bayerischen Armee, nach zehnjährigem Durchschnitt, sowie die Vorträge und Arbeiten der Docenten des Operationscursus zusammengestellt.

Eine Uebersicht der für die Berichtsperiode einschlägigen Erlasse des K. b. Kriegsministeriums bildet den Schluss des umfangreichen Werkes.

Das Zahlenmaterial des vorliegenden Berichtes ist tabellarisch mit enormem Fleisse und peinlichster Genauigkeit zusammengestellt, die Krankheitsberichte sind kurz und bündig gegeben, jedoch nach allen Seiten hin wissenschaftlich begründet und verwerthet, so dass auch dieser Band als willkommene Bereicherung der militärärztlichen Literatur von allen Collegen sicher freundlichst begrüsst wird. Seydel.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1898. No. 6.

A. Keller: **Das Schicksal der Ammoniaksalze im Organismus des magendarmkranken Säuglings.** Vorläufige Mittheilung. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.)

Die hohe Ammoniakausscheidung im Harn magendarmkranker Kinder ist bedingt durch vermehrte Bildung und Ausscheidung saurer Stoffwechselproducte. Die Fähigkeit des Organismus, Ammonsalze in Harnstoff umzuwandeln, ist nicht gestört.

W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 6.

O. Wolff: **Tuberculose im Schultergelenk und Caries des Processus coracoideus.**

W. betont die Häufigkeit des Vorkommens von Caries an der Basis des Proc. corac. (in 9 Fällen 3 mal) bei Schultergelenkstuberculose und empfiehlt zur Freilegung solcher Herde den Bardenheuer'schen Querschnitt (am Proc. corac. beginnend, in's Acromioclav.-Gelenk eindringend über die Schulterhöhe nach hinten abwärts geführt bis 2 cm unterhalb der Erhebung des Proc. acrom. von der Schulterblattschaufel) mit dauernder oder temporärer Resection des Proc. acromialis. Finden sich bei der Operation cavitas und proc. corac. krank, so ist es am besten Cavitas glenoidalis, coll. und proc. coracoideus in toto mit Meissel abzutrennen.

Trnka-Prag: **Eine seltene Praedilectionsstelle von Atheromen.**

T. hat in 2 Jahren 6 Fälle von knorpelharten, haselnussgrossen, zwischen Haut- und Beugesehnen situirten kugligen Atheromen an der Beugeseite der Mittelphalanx des 3. oder 4. Fingers beobachtet, die er Anfangs wegen ihrer Härte für Fibrome oder Chondrome hielt, die sich aber bei der Exstirpation als typ. Atherome mit sehr dicken Wandungen erwiesen.

Roelen-Elberfeld: **Ueber traumatische Epithelcysten.** 3 neue Fälle aus dem Elberfelder Josefsspital.

A. Hoffa-Würzburg: **Ein Beitrag zu den Erkrankungen der Plantarfascie.**

Im Anschluss an die Arbeit von Ledderhose theilt H. einen Fall von nicht traumatischer Verdickung der Fasc. plantaris bei 20 jährigem Mädchen mit, bei dem die ganze verdickte Partie äusserst schmerzhaft war und nach vergeblicher Anwendung von Massage die Exstirpation vorgenommen wurde. Der histologische Befund ergab eine Entzündung der Plantarfascie, die zu directer Metaplasie des Bindegewebes in Knorpel- und Knochengewebe geführt hatte. Ausführliche Publication soll in einer Dissertation von Klein geschehen. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 6.

1) Jahreiss-Augsburg: **Erschlaffung der Uteruswand beim Curettement oder Durchgängigkeit der Tube?**

Angeregt durch die jüngsten Publicationen von Beuttner und Ahlfeld über dieses Thema berichtet J. über 2 ähnliche Beobachtungen, wo bei der Auskratzung die Curette plötzlich ohne Widerstand in der Tiefe des Uterus verschwand. J. glaubt ebenfalls, dass es sich hierbei um abnorm weite Tuben gehandelt habe.

2) E. Glaeser-Danzig: **Zur Uterusperforation und Tubensondirung.**

G. erlebte einen ähnlichen Fall, wie die oben Genannten. Er nahm Uterusperforation an und machte die vaginale Totalexstirpation. Auf der Kuppe des entfernten Uteres fanden sich 4 dicht neben einander gelegene Perforationsstellen. Der Uterus war nicht vergrössert, aber in den oberen Partien vollständig «matsch, wie frischfallender Schnee bei starkem Thauwetter.» Dieser Fall spricht mithin für die Perforationserklärung.

3) Mensinga-Flensburg: **Das Schwangerschaftsverbot.**

Der bekannte Apostel der künstlichen Sterilität in der Ehe stellt hier einige Grundsätze auf, nach denen der Arzt das «Schwangerschaftsverbot» erlassen müsse. Für die Berechtigung desselben beruft er sich auf Freund, Kehrer und Werth, die in je 1 Fall das Eintreten erneuter Conception mit Erfolg zu verhindern suchten. Nach seiner Ansicht müssten alle Frauen in 4 Gruppen der Lebensqualität eingetheilt werden:

1. Tadellos gesund und stark,
2. Stark, aber erblich belastet,
3. Erblich belastet und schwach,
4. Schwach und erschöpft, elend und krank.

Hievon ist nur 1. unbedingt zur Fortpflanzung geeignet; den andern ist dieselbe mehr weniger ganz zu verbieten. — Wir glauben kaum, dass M. bei den Aerzten und — Frauen mit seinen Vorschlägen Erfolg haben dürfte.

4) A. Loebel-Dorna-Wien: **Perforationsperitonitis nach 10 jähriger chronischer Parametritis.**

Es handelte sich um eine 44 jährige Frau, die seit 29 Jahren im steriler Ehe lebte und an chronischer, wahrscheinlich gonorrhoischer Parametritis litt. L. behandelte die Patientin mit Massage. 4 Wochen später bekam sie im Anschluss an eine von anderer Seite ausgeführte gynäkologische Untersuchung Fieber und blutigen Ausfluss, und liess sich einige Tage später operiren. Nach 3 Wochen trat der Exitus letalis ein. Die Section ergab eitrige Bauchfellentzündung in Folge Durchbruchs eines eitrigen parametranen Abscesses in die freie Peritonealhöhle.

L. deutet den Fall als Streptococceninfection bei oder in Folge der Operation. Wahrscheinlicher dürfte doch die Annahme eines vorher erfolgten Durchbruchs sein, und scheint mir der Fall eher als Warnung gegen die Massagebehandlung dienen zu können, denn als Beweis für die Gefährlichkeit des operativen Eingriffs, der in diesem Fall wohl nur zu spät erfolgt war, um die Patientin noch retten zu können.

Jaffé-Hamburg.

Archiv für Kinderheilkunde. 24. Bd. III. u. IV. Heft.

Prof. L. Concetti: **Chemische Untersuchungen über die hydrocephalische Flüssigkeit und über ihre Wirkung gegenüber pathogenen Bacterien.**

Verfasser konnte sich durch wiederholte Punction von zwei Hydrocephalusfällen grössere Quantitäten der hydrocephalischen Flüssigkeit verschaffen; durch chemische Untersuchungen stellte er fest, dass sie die gleiche Zusammensetzung wie der normale Liquor cerebrospinalis habe. Da letzterer nicht in genügender Quantität erhältlich war, machte er die folgenden Experimente mit der Hydrocephalusflüssigkeit: Er benützte diese zu Nährböden in verschiedener Form und beschickte sie mit Streptococcus pyogenes, Diphtheriebacillen, Staphylococcus albus, Pneumococcus, Bacterium coli commune. In diesen Nährböden zeigten die Bacterien geringeres Wachsthum und verminderte Virulenz — wie durch Thierversuche festgestellt wurde — gegenüber Bacterien, die auf gewöhnlichen Nährböden ohne Hydrocephalusflüssigkeit gewachsen waren. C. folgert, dass die Hydrocephalusflüssigkeit eine anti-infectiöse Wirkung ausüben könne und da sie mit dem normalen Liquor cerebrospinalis chemisch identisch sei, könne dieser für das Centralnervensystem eine Art Schutzmittel bei Infectionskrankheiten bilden.

Priv.-Doc. Kissel-Moskau: **Fünf Fälle von nervösem, bronchialem Asthma bei Kindern.**

Beschreibung fünf typischer Fälle und kritische Besprechung der Literatur. K. kommt zu dem Schluss, dass das Asthma bronchiale auch bei Kindern eine rein nervöse Krankheit sei und weder mit Rachitis in Zusammenhang stehe, noch, wie vielfach angenommen wurde, mit Erkrankung und Vergrösserung der Bronchialdrüsen.

Berthold: **Ueber plötzliche Todesfälle der Kinder, spec. der Säuglinge.**

Verfasser bespricht zunächst die Fälle, in denen eine idiopathische Thymushypertrophie die Todesursache wurde; anschliessend an die Fälle früherer Autoren, die theilweise durch die Section sichergestellt sind, erwähnt er einige eigene Beobachtungen, die nur sehr bedingungsweise hier zu verwerthen sind, da bei keinem die Obduction gemacht wurde. In therapeutischer Beziehung ist wichtig, dass bei einem Kind von Rehn eine vergrösserte Thymus intra vitam diagnosticirt und nach Eröffnung des vorderen Mediastinum theilweise exstirpirt wurde, und damit die drohende Suffocation sofort beseitigt wurde. — Plötzliche Todesfälle kommen ferner vor bei dem sog. Status lymphaticus, wo neben Blässe der Haut und reicher Fettentwickelung sich Schwellungen der Lymphdrüsen, Milz und Thymus finden; hier spielt aber die Hauptrolle eine übergrosse Sensibilität des Nervensystems, shockartige Erregungen. die sich bis zur Synkope steigern können. — Dann kann bei Säuglingen ein plötzlicher Erstickungstod eintreten durch eine sehr starke Beugung des Kopfes und Halses nach hinten (z. B. im Bett), wodurch die Trachea vollkommen — in verhängnissvollen Fällen bis zum völligen Verschluss — abgeplattet werden kann.

Poliewkton-Moskau: **Einige Fälle der Anwendung des Antistreptococcus-Serums von Marmorek.**

P. wandte das von Marmorek gesandte Serum in 3 Fällen von Erysipel (deren Zahl zu gering, um Schlüsse zu erlauben) und in 17 Fällen von Scharlach an. Der sonstige Verlauf dieser Krankheit wurde durch das Serum nicht beeinflusst; Nephritis, Drüsenvereiterungen und andere schwere Complicationen traten wie sonst ein, von den 17 Kindern starben 8, so dass man die Serumbehandlung als erfolglos erklären musste.

Lichtenstein-München.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 7.

1) Huber-Berlin: **Ueber Thierversuche mit dem neuen Tuberculin Koch's (T.R.)**

Zu den Versuchen dienten über 60 Thiere und zwar 45 Meerschweinchen und einige Kaninchen; doch beziehen sich die mitgetheilten Resultate nur auf erstere. Zunächst ergab eine Beobachtung, dass ein Theil des verwendeten Tuberculins virulente Tuberkelbacillen enthielt, was bei späteren Injectionen übrigens nie mehr zu constatiren war. Die Versuchsthiere wurden genau nach Koch's Vorschrift mit steigenden Tuberculindosen «immunisirt»; als sie aber mit tuberculösem Material später inficirt wurden, gingen sie alle an Tuberculose zu Grunde, z Th. sogar früher als die nicht immunisirten Controlthiere! Bei keinem Thiere konnten deutliche Heilungs- oder Rückbildungsvorgänge der Impftuberculose durch die Section gefunden werden. Diese Resultate widersprechen den Koch'schen vollständig.

2) Huber-Berlin: **Ueber die Ergebnisse der Anwendung des neuen Koch'schen Tuberculins (T. R.) bei Lungentuberculose.**

Diese Versuche fanden auf der Männerabtheilung der Leyden'schen Klinik statt und zwar vor Existenz der obigen Thierversuche. 4 betrafen Nichttuberculöse, 15 Tuberculöse. Bei fast allen Patienten zeigten sich locale Reactionen an den Injectionsstellen, ferner meist beträchtliche Temperatursteigerungen, auch bei solchen Kranken, die früher fieberfrei waren. Ein mit den Einspritzungen bedachter Tabiker verlor in 14 Tagen 8 Pfund an Gewicht. 2 vorgeschrittene Fälle starben im Laufe der Cur, bei dem einen entstand der Eindruck, dass der rapide Verlauf durch die Einspritzungen befördert wurde. Von den 4 anscheinend gut für die T. R.-Behandlung geeigneten Fällen bekam der eine während der Cur eine Kehlkopftuberculose und behielt seine reichlichen Bacillen; der 2., anscheinend gebesserte Fall starb nach 6 Monaten an acuter Miliartuberculose; beim 3. Patienten wurden 1 Monat nach Aussetzen der Injectionen zum erstenmal Bacillen im Auswurf gefunden; der 4. Patient erfuhr eine Gewichtszunahme von 8 Pfund, «dagegen war auch die rechte Lunge verdächtig geworden,» (Wenn H. am Schlusse ausspricht, dass «durch die Behandlung mit dem neuen Tuberculin bei vorsichtiger Anwendung und sorgfältiger Auswahl der Fälle nach den Koch'schen Angaben zwar kein Schaden gestiftet wurde», so möchten wir das nach den mitgetheilten Resultaten nicht unterschreiben. Ref.)

3) Burghart-Berlin: **Ueber die Ergebnisse der Anwendung des neuen Koch'schen Tuberculins (T. R.) bei Lungentuberculose.**

Dieser Bericht stammt aus der Frauenabtheilung der Leyden'schen Klinik. In einem Falle, wo nach der Injection ein kalter Abscess auftrat, wurden im Eiter desselben gut färbbare Tuberkelbacillen gefunden. Oefter wurde eine Art cumulirender Wirkung der Injectionen beobachtet. Das Körpergewicht der Behandelten litt im Allgemeinen nicht. Die Probeinjectionen bei Nichttuberculösen ergaben, dass auch diese schon auf ganz geringe Mengen Tuberculin reagiren können. Die Beobachtungen an fiebernden Phthisikern lehrten, dass fiebernde Phthisen sich zu dieser Cur nicht eignen, «wenn auch die T.-R.-Cur den phthisischen Process nicht oder nicht erheblich ungünstig beeinflusst». Verfasser kann diese Heilmethode ebenfalls nicht empfehlen.

4) A. Raude-Hanau: **Ueber einige mit Tuberculin R. Behandelte.**

4 Patienten, darunter 1 mit Knochentuberculose, 3 mit Lungentuberculose (späteres Stadium) wurden behandelt. «An sich wurden die Injectionen ausgezeichnet vertragen; die localen Reactionen waren äusserst gering», Fiebersteigerungen, die auf die Einspritzungen zu beziehen waren, kamen nur bei 1 Kranken vor; 2 Patienten mit Lungentuberculose nahmen während der Cur zu, 1 ab. «Gewiss ist sonach (Besserung des Allgemeinbefindens, Persistenz der localen Vorgänge in den Lungen) ein Erfolg vorhanden.» **Im Uebrigen empfiehlt Verfasser gute Ernährung, Freiluftcur und Ichthyol innerlich.**

5) J. Wolff-Berlin: **Ueber das Redressement des Buckels bei Spondylitis.** Schluss folgt.

6) H. Kossel-Berlin: **Zur Kenntniss der Antitoxinwirkung.**

Es ist dem Verfasser gelungen, nachzuweisen, dass Antikörper und Gift im Serum einander direct beeinflussen und zwar glückte dieser Nachweis für das im Blutserum der Aale enthaltene Gift, das durch intravenöse Injection Kaninchen zu tödten vermag. Letztere können gegen das Aalserumgift immunisirt werden. Verfasser prüfte nun, ob die Zumischung des so entstandenen antitoxischen Serums zu Aalgift letzterem die Fähigkeit raubt, rothe Blutkörperchen im Reagensglase zu zerstören. In der That ist dies der Fall, so dass Antitoxin und Toxin sich binden und zwar im Reagensglase ohne Einwirkung der Körperzellen. Während dieses Verhalten für die passive Immunität zutrifft, ist für die active Immunität anzunehmen, dass sie nicht ohne Aenderung der zelligen Elemente des Organismus zu Stande kommt. (Der Artikel hat seine ursprüngliche Form des Vortrages so beibehalten, dass z. B. der Herr Verfasser sich an einer Stelle wegen «vorgerückter Stunde» auf wenige Bemerkungen beschränkt. Ref.)

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift No. 7.

1) Wilhelm Ebstein: **Beitrag zum respiratorischen Gaswechsel bei der Zuckerkrankheit.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen.)

Die von Fr. Lehmann bei einem Zuckerkranken angestellten Bestimmungen der Kohlensäureproduction mittels des Pettenkofer'schen Respirationsapparates ergaben als Durchschnittswerth 687,8 g Kohlensäure in 24 Stunden, stimmen also mit den von Pettenkofer und Voit erhaltenen Werthen überein. Ein neuer Beweis für die Richtigkeit der von Ebstein aufgestellten Behauptung, dass der Zuckerkranke bei sonst gleichen Ernährungsverhältnissen weniger Kohlensäure ausathmet als der Gesunde.

2) W. Körte: **Ein Fall von Exstirpation des persistirenden Ductus omphalo-mesentericus.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Die Persistenz des Ductus omphalo-mesentericus (Deschin fand dieselbe bei 1,8 Proc. der daraufhin untersuchten Kinderleichen) bedingt nicht nur ständige Unbequemlichkeiten, sondern auch sehr ernsthafte Gefahren: Darmvorfall, Einklemmung u. s. w. Die einzig richtige Behandlung derselben ist die Radicaloperation, die bei der heutigen Technik und Aseptik ohne Gefahr ausgeführt werden kann. Mittheilung eines diesbezüglichen Falles.

3) Adolf Jolles-Wien: **Ferrometer, ein Apparat zur quantitativen Bestimmung des Bluteisens für klinische Zwecke.**

Weitere Mittheilung und ergänzende Bemerkungen zu dem in No. 10 des vorigen Jahrganges der Deutsch. med. Wochenschr. beschriebenen Apparate unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Eisen- und der Haemoglobingehalt des Blutes durchaus nicht in constantem Verhältniss zu einander stehende Grössen sind. (Siehe übrigens diese Wochenschrift 1897. No. 4, pag. 99, Wiener Briefe.)

4) Carl Beck-New-York: **Ueber den diagnostischen Werth der Röntgenstrahlen bei der Arteriosklerose.**

Auf den beiden in seltener Deutlichkeit reproducirten Skiagrammen zeigt sich der arteriosklerotische Process im ganzen Verlaufe der Radialis und Interossea anterior durch stark ausgeprägte Schatten, ein weiterer Beweis, dass das Röntgenverfahren auch für solche arteriosklerotische Veränderungen, welche in Folge der Lage der betreffenden Gefässe der äusseren Untersuchung nicht zugänglich sind, Aufschluss zu geben im Stande ist.

5) L. Jacobsohn-Berlin: **Ueber einen Fall von Hemicranie, einseitiger Lähmung des Halssympathicus und Morbus Basedowii.**

Der vorliegende Fall, welcher sich durch die bisher noch nie bei einem Patienten beobachtete Vereinigung der drei deutlich ausgeprägten Krankheitsbilder, der Migraine, Sympathicuslähmung und des Morbus Basedowii auszeichnet — die 3 Affectionen traten im Laufe der Jahre in der angegebenen Reihenfolge auf — wird erklärt durch eine nervöse Affection eines grossen Theiles des Gefässsystems; der Basedow bildet nur eine Theilerscheinung dieser Gefässalteration und genügt allein nicht zur Erklärung des Gesammtkrankheitsbildes.

F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 6.

1) L. Ebstein-Wien: **Ueber Oesophagoskopie und ihre therapeutische Verwendbarkeit.**

Eingangs beklagt sich Verfasser über die geringe Würdigung, die die Oesophagoskopie in dem grösseren Theile der einschlägigen Literatur bis heute findet, um dann eine Beschreibung der Instrumente zu geben, die Prof. Stoerk in Wien construirt hat und an seiner Klinik seit Jahren gebraucht. Bezüglich der Einführungstechnik des Oesophagoskops, das an seinem Einführungsende durch die Anbringung von beweglichen Gliedern halbkreisförmig abgebogen, sowie als gerades, starres Rohr eingestellt werden kann, redet E. einer ausgiebigen Cocainisirung mit 10—20 proc. Lösungen das Wort und verwirft die anderwärts empfohlene Narkose. Das Instrument wird eingeführt, während der Patient auf einem niedern Stuhl Platz nimmt, eine Stellung, die gegenüber der horizontalen Lage einige Vortheile mit sich bringt. Vor der Oesophagoskopirung wird die Speiseröhre bougirt. Diese Stoerk'sche Methode hat auch den Vortheil, dass nicht jene extreme Rückwärtsbeugung der Wirbelsäule bei der Einführung nöthig ist, wie bei starren Rohren. Von grossem Nutzen erweist sich die Oesophagoskopie bei der Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre, mögen sie eingespiesst sein oder nicht. Besonders bei pathologisch veränderten Speiseröhren z. B. Strictur, Carcinom derselben ist das Oesophagoskop für die Entfernung von Fremdkörpern höchst werthvoll, da die jeweilige Situation meist gut übersehen werden kann. Hiefür wird ein Fall, wo bei Strictur des Oesophagus ein obturirender Fleischbrocken zu entfernen war, näher geschildert. In demselben wurde eine Papayotin-Lösung zum Erweichen des verschluckten Fleisches mit Vortheil verwendet. Entgegen anders lautenden literarischen Angaben hebt E. die Möglichkeit hervor, auch bei bestehenden Stricturen mit Sonden etc. im Oesophagoskop zu hantiren, dass ferner das Instrument besonders auch in solchen Fällen zu verwenden ist, wo es sich darum handelt, trotz bestehender Strictur dem Magen Nahrung zuzuführen. Auch werden durch die Oesophagoskopie die bei Stricturen vorliegenden anatomisch-pathologischen Verhältnisse viel klarer erkennbar, als durch die Sondirung mittelst Bougies. Stricturen können durch Laminaria-Stifte, welche durch den Tubus des Oesophagoskops eingeführt werden, dilatirt werden. (Schluss folgt.)

2) E. Riecke-Leipzig: **Zur Kenntniss der Gangraena cutis.**

Verfasser berichtet von der Erkrankung eines 22 jährigen, nicht als hysterisch oder nervös belastet zu bezeichnenden Mädchens, bei der längere Zeit an der linken obern Extremität eine Menge von Bläschen und gangraenescirenden Hautstellen, sowie grösseren und kleineren Narben zu beobachten war. R. erörtert die verschiedenartigen aetiologischen Möglichkeiten für die Entstehung der Hautgangraen; es war aber unmöglich, die Erkrankung auf eine spontan eintretende Ursache zurückzuführen. Nun wurde der Inhalt der Bläschen chemisch untersucht und es ergaben sich die auf Salpetersäure lautenden Reactionen. Die Patientin gestand übrigens die absichtliche Lädirung der Haut mittels Salpetersäure nicht ein.

3) Ed. Deutsch-Wien: **Atypische Psoriasis.**

Die genau beschriebene Erkrankung betraf einen 37 jährigen Bahnaufseher und zeichnete sich durch die Combination mit Gelenkrheumatismus, ferner dadurch aus, dass die über den ganzen Körper verbreiteten psoriatischen Efflorescenzen eine ausserordentliche Mächtigkeit hinsichtlich ihrer Dicke erreichten (Psoriasis ostreacea = austernschaalenähnliche Ps.). Es waren auch Körperstellen befallen, die sonst von Psoriasis frei zu bleiben pflegen, wie Palmae, Plantae, Penis, Scrotalhaut und Nase. D. hat ein Hautstück excidirt und beschreibt den erhaltenen histologischen Befund, der für eine chronische Entzündungsform der Papillen und des Rete bei Psoriasis spricht.

4) R. Kolisch und R. v. Stejskal: **Ueber den Zuckergehalt des normalen und diabetischen Blutes.**

Verfasser hatten in No. 50 der Wiener klinischen Wochenschrift 1897 ein der Methode von Henriquez analoges Verfahren zur Bestimmung von Zucker und Jecorin angegeben, bei dem sie zur Extraction des Alkoholrückstandes wasserfreien Alkohol verwendet hatten. Diese Methode erscheint nun nicht einwandsfrei, da sich herausstellte, dass bei Zusatz von Zucker zu Blut und Anwendung obigen Verfahrens nach der Fällung mit Alkohol Zucker auch in den Aether übergehen kann, wodurch eine Verschiebung der Werthe zu Gunsten des Jecorins möglich ist.

Dr. Grassmann-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. Februar 1898.

Demonstrationen:

Herr **A. Rosenstein: Ein Fall von Drüsenrecidivoperation bei Gebärmutterkrebs.**

Herr **Stein: Tic général.** 11 jähriges Mädchen, das mit Struma und Exophthalmus geboren worden sein soll, Symptome, die später zurückgingen, erkrankte im 7. Lebensjahr an allgemeinen Zuckungen und Echo- bezw. Koprolalie. Leichte Hypnose und Suggestion führte eine seit ½ Jahre anhaltende Heilung herbei.

Herr **Posner: Echinococcus der Harnwege** Ein Mann, der vor 12 Jahren schon einmal die gleichen Symptome dargeboten haben will, litt an Schmerzen in der rechten Seite und entleerte beim Uriniren zahlreiche Echinococcusblasen. Palpatorisch und mittels des Röntgenverfahrens wurde im rechten Hypochondrium ein Tumor nachgewiesen; bei der Operation (Lindner) desselben wurden noch eine Unzahl von Echinococcusblasen entleert, der Sack drainirt und Heilung erzielt.

Tagesordnung:

Herr **C. Benda: Tuberculose des Ductus thoracicus. Acute Miliartuberculose (mit Demonstration).**

Die Weigert'sche Erklärung für das Zustandekommen der acuten Miliartuberculose, nämlich der Einbruch von Tuberkeln der Venenwand in die Blutbahn oder des Ductus thoracicus in die Lymphbahn, wurde zwar im Allgemeinen bestätigt, in letzterer Zeit aber auch, theilweise wenigstens, angefochten. So wurde als Gegengrund angeführt, dass die Zahl der auf diese Weise in die Blut- bezw. Lymphbahn gelangenden Bacterien nicht gross genug sei, um den Process der Miliartuberculose zu erklären, und dass man desshalb eine nachträgliche Vermehrung der Bacillen in dem circulirenden Blute annehmen müsse. Die von Benda vorgelegten Präparate von Ductustuberculose, von Tuberkeln in der Mitralklappe und Tuberculose der Aortenklappe zeigen nun einen solch' enormen Bacillenreichthum, dass derselbe hinlänglich zur Erklärung der in diesen Fällen beobachteten Miliartuberculose ausreichen dürfte. In der Aortenklappe zeigten die Bacterien das schon von Koch angegebene zopfförmige Wachsthum, wie es nur bei besonders üppigem Gedeihen beobachtet wird. In dem gleichen Falle fand B. auch Tuberkelbacillenembolien in der Niere; bei der erstmaligen Vorstellung dieses Präparates i. J. 1884 war es Benda, der derartige Embolien als Erster beschrieb, noch nicht möglich, den Beweis zu erbringen, dass es sich wirklich um Embolie der ganzen Bacillenmasse, und nicht um eine Vermehrung einzelner zugeschleppter Bacillen in loco handelt. Diesen Beweis glaubt er nun darin zu erblicken, dass erstens die Reaction des Gewebes in der Niere in keinem Verhältnisse steht zur Menge der in den Glomerulis befindlichen Bacillen, d. h. es werden gar keine Veränderungen gefunden, wo viele Bacillen, und umgekehrt etwas stärkere Veränderungen, wo wenig Bacillen anzutreffen sind. Zweitens erblickt er einen Beweis für die Embolie darin, dass hier in den Glomerulis die Bacillen genau in der gleichen Weise zopfförmig wuchern, wie unter der Einbruchsstelle der Aortaklappe. Aus den vorgestellten Präparaten zieht B. also den Schluss, dass die Einbruchsstellen Weigert's thatsächlich das Zustandekommen der Miliartuberculose in befriedigender Weise erklären.

Herr **Hansemann: Die secundäre Infection mit Tuberkelbacillen (mit Demonstration).**

Nach der Entstehung des Tuberkelbacillus glaubte man alle Krankheitserscheinungen, bei welchen man dieselben fand, auch lediglich durch den Tuberkelbacillus verursacht. Später sah man ein, dass ein Theil der klinischen und anatomischen Befunde durch «Mischinfection» zu Stande kommt, wobei man dem Tuberkelbacillus die primäre, den anderen gefundenen Bacterien (Strepto-, Staphylo- und Pneumococcen etc.) die secundäre Rolle zuschrieb. Virchow und seine Schüler hatten stets daran festgehalten, dass auch das Umgekehrte der Fall sein kann, dass auf schon anderweitig erkranktem Gewebe eine nachträgliche Ansiedelung des Tuberkelbacillus stattfinden könne. So sei z. B. die Skrophulose noch keine Tuberculose, es müsse zu der Skrophulose, oder wie man sie neuerdings nenne, lymphatischen Constitution, erst die secundäre Infection mit dem Tuberkelbacillus hinzukommen. Und H. demonstrirt Drüsenpräparate eines und desselben Falles, von welchen er einen Theil der Mesenterialdrüsen als bloss skrophulös, den andern als tuberculös ansprechen zu dürfen glaubt. Als ebenfalls längst bekannten Befund zeigt er Darmgeschwüre, an welchen er die Umwandlung typhöser Geschwüre bei einem Lungentuberculösen in tuberculöse (verschluckte Sputa) demonstrirt.

In der Lunge bieten die käsige Pneumonie, die Verkäsung bronchopneumonischer Herde, die fibröse Bronchitis, die fibröse Pneumonie Beispiele von secundärer Infection mit dem Tuberkelbacillus. Dass auch rein ulceröse Phthise ohne Tuberkelbacillus vorkommt, zeigt H. an einer bacillenfreien Kinderlunge. Dass endlich auf syphilitischen Processen der Lunge sich Tuberkelbacillen ansiedeln können, glaubt H. an einem Präparate demonstriren zu können, wo sich in einem grossen, von ihm als Gumma betrachteten Käseknoten nur spärliche Tuberkelbacillen vorfinden.

Dass der Tuberkelbacillus auch als blosser Saprophyt im Körper wachsen könne, entnimmt H. einem Falle, wo bei der Section eines an einer andern Krankheit gestorbenen Mannes in jeder Lungenspitze eine grosse nicht tuberculöse, sondern bronchiektatische Caverne gefunden wurde und in dem Eiter der einen zahlreichste Tuberkelbacillen in Reinculturanordnung vorhanden waren, während die Wand dieser Caverne, wie die ganze übrige Lunge frei von Tuberculose war.

Discussion: Herr A. Fraenkel: Man dürfe mit der Annahme der Mischinfection nicht zu weit gehen, und bedenken, dass der Tuberkelbacillus die verschiedensten anatomischen und klinischen Krankheitsbilder erzeugen könne. In dem Eiter des Pyopneumothorax, welcher nach Durchbruch tuberculöser Cavernen in die Pleurahöhle entsteht, habe Fr. in der Hälfte seiner Fälle nur den Tuberkelbacillus und keine anderen Bacterien gefunden, was doch der Fall sein müsste, wenn in den Cavernen auch andere Bacterien vorhanden gewesen wären. Dass bei der serofibrinösen, tuberculösen Pleuritis nur Tuberkelbacillen gefunden würden, beweise, dass der Tuberkelbacillus acute Entzündung verursachen könne, wie er auch andererseits die Entstehung einer acuten käsigen Pneumonie lediglich als Product des Tuberkelbacillus (die «pneumonische Form der acuten Tuberculose» A. Fraenkel) für erwiesen erachtet; dass auch nachträglich eine fibrinöse Pneumonie durch Invasion des T.B. in das fibrinöse Exsudat verkäsen könne, bestreite er zwar nicht, halte er aber für äusserst selten. Ob es sich endlich in dem Falle, wo Hansemann in dem Eiter einer nichttuberculösen Caverne T.B. fand, wirklich um Tuberkelbacillen und nicht um Pseudotuberkelbacillen gehandelt habe, möchte er in Frage stellen. H. K.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 14. Februar 1898.

Herr **Dr. Kronecker** a. G.: **Medicinische Erfahrungen auf einer Reise durch China, erläutert durch Projectionsbilder.**

Einer Aufforderung des Herrn v. Leyden folgend, berichtete Vortragender über seine Erfahrungen auf einer längeren Reise durch die Hauptstädte Chinas. Vortreffliche Lichtbilder veranschaulichten zunächst die Städte Honkong, Canton, Shanghai, Nanking, Futschau; in gleicher Weise wurden einzelne chinesische Lebensgewohnheiten vor Augen geführt und auch ein Bild der grausamen chinesischen Rechtspflege, der Massenhinrichtungen von Strassen- und Seeräubern, der scheusslichen Foltern einer Gattenmörderin gegeben, der bei lebendigem Leibe, während sie gekreuzigt war, Stück für Stück das Fleisch herausgeschnitten wurde. Von medicinischem Interesse sind die schlechten hygienischen Verhältnisse der chinesischen Städte. Dass die Malaria in den chinesischen Städten sehr häufig und, namentlich in Honkong, in der Form der Perniciosa zu finden, ist nicht befremdend; überraschender ist wohl, dass in Honkong auch der Gelenkrheumatismus sehr gewöhnlich und auch die Pneumonie recht häufig ist; das auf einer Insel gelegene Honkong ist zwar frei von Sümpfen, die Luft ist aber sehr feucht, was die Erklärung hiefür abgeben mag. Der Typhus ist eine häufige, früher oft mit Malaria verwechselte Affection; die Pest haust namentlich auf Honkong, woselbst auch die Cholera endemisch ist. Von Interesse ist noch die Malariabehandlung. Da die Erkrankten im Anfang sehr viel an Erbrechen leiden und das per os applicirte Chinin nicht zur Wirkung käme, so wird Chinin sulf. subcutan (stündlich 0,15) gegeben. Kinder nehmen Chinin leicht, wenn es mit Syr. granatorum gemischt ist; auch Aq. chloroform. wird zugesetzt. Die Dysenterie endlich und die in ihrem Gefolge auftretenden Leberabscesse sind sehr häufig, namentlich in Folge des unzweckmässigen Genusses von wasserreichem Gemüse, wie Melonen u. dergl. Gegen dieselbe bewährt sich Ipecacuanha in grossen Dosen, 8,0 : 200,0 pro die; es folgt darauf zwar starkes Erbrechen, aber doch auch eine Beruhigung des Darmes und günstige Beeinflussung des Leidens. Die Desinfection des Darmes wird vorzugsweise mit Aq. chloroformii angestrebt. H. K.

Gesellschaft der Charitéärzte.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Februar 1898.

Herr A. **Köhler** zeigt einen Patienten, bei dem nach Exstirpation der Vena saphena beiderseits bedeutende Unterschenkelgeschwüre durch Transplantation geheilt wurden.

Herr **Slawyk** demonstrirt 3 Geschwister von 9, 8 und 4 Jahren, die ein merkwürdiges Bild acuter Vergiftung, wahrscheinlich durch verdorbenes Pöckelfleisch, zeigten. Schon 2 Stunden

nach dem Genusse des Fleisches traten die ersten Symptome, bestehend in Halskratzen, Leibweh, Benommensein, später heftige Delirien auf; die Pupillen waren mittelweit und reagirten nicht; das jüngste Kind zeigte diffuse Erytheme an Brust und Rücken, ähnlich wie bei Belladonnavergiftung; Urin war normal, Puls gut, kein Collaps, kein Fieber; die Bewegungen waren hastig, Gang unsicher, leichte Ataxie. Bei Magenausspülung und symptomatischer Behandlung gingen die Erscheinungen rasch zurück; schon am 2. Tag nach der Vergiftung war das Sensorium wieder frei; es besteht nur mehr ein abnormer Wechsel der Gemüthsstimmung, geringe Unsicherheit des Ganges; die Pupillen reagiren, aber noch nicht ad maximum.

Was die Aetiologie anbelangt, spricht gegen eine Infection mit Bacterien der negative Ausfall bacteriologischer Züchtungsversuche mit dem Fleische, von dem die Kinder gegessen haben, für eine Intoxication dagegen das acute Einsetzen (schon nach 2 Stunden Beginn des Sxmptomencomplexes). Von den gewöhnlichen Fleischvergiftungen unterscheidet sich die Affection durch Mangel des Gastrointestinalkatarrhs, Mangel von Lähmungserscheinungen, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fehlen der Trockenheit des Mundes und Vorhandensein von Schweisssecretion.

Herr Heubner betont die Merkwürdigkeit und Seltenheit des Falles, dass ein schweres, vollkommenes, acutes Delirium, wie es bei allen 3 Kindern aufgetreten, ganz ohne Fieber einhergehe, wie eine acute Psychose. Herr **Heubner** glaubt nicht, dass in der Literatur sich noch weitere derartige Vergiftungen mit acuten Psychosen finden; ein einzigesmal beobachtete ein Assistent von ihm einen ähnlichen Fall nach Stechapfelsamenvergiftung.

Herr **Hildebrand** berichtet über eine geglückte Operation eines Nabelschnurbruches; dann demonstrirt er ein Präparat eines Oberschenkelkopfbruches mit totaler Trennung der Fragmente, Pseudarthrosenbildung und Interposition der Gelenkkapsel, was man bei Oberschenkelkopfbrüchen selten zu Gesicht bekomme.

Herr **Reinhard: Ueber die Urethrotomia externa.**

Die Urethrotomia externa ist, abgesehen von frischen Verletzungen, bei Stricturen der Harnröhre angezeigt, wenn die Entleerung der Blase per vias natur. nicht mehr möglich, oder dieselbe gehemmt ist, nebenbei aber Fisteln sich vorfinden, oder wenn sich im Anschlusse an Stricturen phlegmonöse und septische Entzündungen eingestellt haben. Vortragender beschreibt dann die auf der Klinik des Herrn Geheimrath König übliche Methode, die im Wesentlichen aus 4 Theilen, Eröffnung der Urethra vor der Strictur, Eröffnung der Strictur mit sorgsamem Aufsuchen des centralen Theiles der Urethra, Resection der Narbe und theilweise wieder Zusammennähen der Urethra besteht. Bei der Nachbehandlung wird kein Verweilkatheter eingelegt, um nicht zu reizen. Der Urin sickert über die frische Wunde, die leicht mit Jodoformgaze tamponirt wird. 3 Wochen nach der Operation ungefähr ist die Wunde für den Harn nicht mehr durchgängig; derselbe wird wieder normal entleert. Vortragender demonstrirt 3 auf diese Weise Operirte.

Herr **Doebbelin** demonstrirt einen Patienten mit Knochenechinococcus des Beckens. Eine Eiterung in der Gegend der r. Spina anterior sup. liess Caries des Knochens vermuthen. Bei der Operation zeigte sich der Knochen rauh; man stiess auf einzelne Sequester; bei genauerer Besichtigung zeigten sich diese dicht besetzt mit grauweissen Perlen — stecknadelkopf- bis kirschgrosse Bläschen —. In der Literatur sind 80 Fälle von Knochenechinococcus bis jetzt beschrieben, darunter 22 des Beckens. Am Knochen findet sich in der Regel der multiloculäre Echinococcus, die kleinen Bläschen sind meist steril und enthalten weder Skolices noch Hakenkranz. Die Verheerungen des Beckens können sehr gross sein. Die Dauer der Erkrankung kann bis 19 Jahre betragen. Die Symptome bestehen in Geschwulstbildung ohne Schmerzgefühl, Fluctuation, Hydatidenschwirren. Trotz der grössten Zerstörung des Knochens kommen keine Störungen der Blase und des Mastdarms vor. Von den 22 Echinococcen des Beckens ist nur ein einziger Fall von Bardeleben durch Operation gerettet worden. Der gute Heilverlauf des beschriebenen Falles berechtigt zur Hoffnung, dass auch dieser gerettet werde. M. Wassermann.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 15. Februar 1898.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen:

1) Herr **Lauenstein** bespricht an der Hand eines vorgestellten Falles die Folgen einer Handverletzung, die mit **Versteifung eines Fingers, oder mit Contracturirung desselben** abschliesst und erörtert die sich aus diesen Beweglichkeitsbeschränkungen ergebenden **Unfallsbegutachtungen.** Betrifft die Versteifung bezw. die im Effect gleichwerthige Beugecontractur den Mittelfinger, so ist damit auch für die anderen Finger die Motilitätsbeschränkung eine so hochgradige, dass an eine Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht zu denken ist. Man kann sich durch einen einfachen Versuch (Festhalten des Fingers in Extension, bezw. in Flexion und Bewegungsversuch mit den Nachbarfingern) überzeugen, dass sich Streck-, bezw. Beugemuskeln an dem kranken Finger erschöpfen und damit eine viel grössere Bewegungsstörung zur Folge haben, als wenn eine Gebrauchsunfähigkeit des Zeigefingers besteht; es ist demnach die Angabe der Handbücher, dass durch Affectionen des Zeigefingers die grössten Schädigungen in der Gebrauchsfähigkeit der Hand eintreten, falsch. Medicomechanische Behandlung beeinflusst das Unfallsresiduum durchaus nicht. Das kleinere Uebel ist demgemäss der Verlust des Fingers. L. räth daher, wenn die Aussicht besteht, dass ein Mittelfinger steif und unbrauchbar wird, ehe der Kranke Rentenansprüche erhebt, denselben zu exarticuliren.

Derselbe stellt ein 5jähriges Mädchen vor, das er nach Dobnick, Vulpius und Anderer Vorschlag durch Sehnenplastik von einem **paralytischen Pes equino-varus** (essentielle Kinderlähmung) befreit hat. Nach vorheriger Tenotomie der Achillessehne legte er die Sehne des Triceps surae frei, präparirte die Gastrocnemiussehne von der Soleussehne frei, theilte dieselbe und verband durch Matratzennähte bajonettförmig das laterale Ende mit der Sehne des paralytischen M. extensor digit. comm., das mediale Ende mit der des M. peroneus. — Der Erfolg ist ein sehr günstiger, indem das Kind, ohne zu hinken, geht und mit der ganzen Sohle auftritt.

2) Herr **Weiss** stellt einen 30jährigen Arbeiter vor, dem eine schwere Last auf die Brust gefallen ist. Kurz nach dem Unfall sah W. den Kranken in der Sprechstunde, der keine sichtbaren Folgen des Traumas bot, bei welchem sich aber ein lautes, systolisches Geräusch über dem Herzen constatiren liess. In der Folge etablirte sich ein **Vitium cordis,** das nach W.'s Meinung als **directe Unfallsconsequenz** anzusprechen ist, um so mehr, als bei einer ein halbes Jahr vorher vorgenommenen ärztlichen Untersuchung kein Herzgeräusch entdeckt worden war.

3) Herr **Albers-Schönberg** stellt 2 **mit Röntgenstrahlen behandelte und geheilte Fälle von Lupus** vor. Im 1. Falle von ausgedehntem Lupus der häutigen Nase: 8monatliche Behandlung mit schwächsten Strömen, Aussetzen der Behandlung bei beginnender Hautreizung, totale, seit 2 Monaten controlirte Heilung. Vorher mehrfache andere Behandlungsmethoden ohne Erfolg. Fall 2: Lupus der Backe und lupöse Affection der Nasenschleimhaut. Erstere völlig geheilt; glatte Narbe; letztere sehr wenig günstig beeinflusst.

4) Herr **Plate** demonstrirt einen Fall von **Situs transversus.** Der Fall war von verschiedenen Aerzten als rechtsseitige Pleuritis (pleuritische Schwarte) mit consecutiver Verdrängung des Herzens gedeutet und demgemäss behandelt worden. Das Fehlen von Respirationsstörungen, die Verschieblichkeit der unteren Lungengrenzen und die auffallende Verlagerung des Spitzenstosses an das rechte Ende der Herzdämpfung, sowie endlich die Linkshändigkeit des Mannes liessen die richtige Diagnose vermuthen, die durch Röntgenaufnahmen bestätigt wurde.

II. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Saenger: Ueber functionell nervöse Erkrankungen im Kindesalter.**

Herr Böttiger glaubt an das Vorkommen von Neurasthenie bei Säuglingen, wenn er auch die Nomenclatur für wenig glücklich gewählt hält. Die Anwendung der Hypnose verwirft er, solange andere Mittel, besonders Wachsuggestion, zu Gebote stehen, nicht zum mindesten, weil der Arzt sich dann nicht der Gefahr aussetzt, von seinen Patienten betrogen zu werden. Die Elektricitätsbehandlung wirkt keineswegs nur suggestiv, sondern hat ganz bestimmte physikalische Wirkungen: Hyperaemie, Anregung zu Contractionen der Muskeln etc. Zu verwerfen ist das Selbstelektrisiren der Kranken, sowie die Ausführung desselben durch niederes Heilpersonal. — Neurasthenie und Hysterie sind, wie B. das schon wiederholt entwickelt hat, seiner Ansicht nach grundverschiedene Krankheiten, die allerdings beim gleichen Individuum gleichzeitig auftreten können. Hysterie ist für ihn eine Psychose, zu der sich somatische Stigmata gesellen können, wie das bei anderen Psychosen auch nichts Ungewöhnliches ist. Er bestreitet den diagnostischen Werth von Pupillendifferenz und Fehlen des Rachenreflexes, da diese Symptome auch bei Gesunden gefunden werden. Das Vorkommen hysterischer Pupillenstarre bestreitet er.

Herr Kaufmann kann sich nicht von der Zunahme der Nervenkrankheiten unserer Jugend überzeugen. Auch das Herabgehen der Mortalitätsziffer und das Aussehen der Volksschulkinder spricht nicht dafür. Die Beschäftigungen, zu denen Kinder der niederen Stände in der schulfreien Zeit herangezogen werden, sind nicht ungesund, verschaffen vielmehr den Kindern Bewegung, da es sich zumeist um das Austragen von Victualien, Zeitungen etc. handelt. Er warnt daher vor einer Polypragmasie.

Herr Aly protestirt gegen die ihm in der letzten Sitzung vindicirte Ansicht, er halte die Behandlung kindlicher Hysterie mit körperlicher Züchtigung für angebracht. Die von ihm citirten Fälle waren Ausnahmefälle.

Herr Engelmann glaubt einen Theil der von Herrn Saenger als Neurasthenie beschriebenen Symptomencomplexe durch Nasenaffectionen (veget. adenoid. — Rachenmandel — verstopfte Nasenathmung durch Schwellungszustände in den Muscheln etc.) erklären zu können.

Herr Beselin und Herr Franke besprechen die Combination nervöser und accommodativer Asthenopie (Myopie, Astigmatismus, Ueberanstrengung), sowie die klinischen Erscheinungen functioneller Augenerkrankungen der Kinder nach organischen Krankheiten.

Herr Saenger geht in seinem Schlusswort auf die von verschiedenen Rednern geäusserten Einwürfe ein. Nur bei der Behandlung der Hysterie wirkt die Elektricität als Suggestivmittel, bei anderen nervösen Störungen ist sie eins der besten physikalischen Heilmittel. Eine Heilung einer hysterischen Person von den derzeit vorhandenen sinnfälligen Symptomen ist noch lange keine Heilung und erfordert eine ausdauernde Allgemeinbehandlung. Hypnose ist zu verwerfen, weil sie «künstliche Hysterie» ist. — Er betont nochmals die Häufigkeit der kindlichen Nervosität, die auch Emminghaus anerkennt, besonders mit Rücksicht auf die Zunahme der Schülerselbstmorde und empfiehlt angelegentlich die ärztliche Beaufsichtigung der Schulen. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 11. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr Fraenkel. Schriftführer: Herr Kister,

(Schluss.)

III. Herr **Goebel** hält seinen angekündigten Vortrag: **«Zur pathologischen Anatomie der Landry'schen Paralyse».**

Er glaubt, dass seit der Eichhorst'schen Veröffentlichung über Neuritis acutissima progressiva eine grosse Anzahl von Krankheitsfällen der Landry'schen Paralyse zugerechnet seien, welche ohne Schwierigkeit anderen bekannten Krankheitsbildern zugewiesen werden könnten. Dass der Symptomencomplex der acuten aufsteigenden Spinalparalyse in der von Landry gezeichneten Form existire, beweise der zu besprechende Fall. Ein 30 jähriger, solider, dem Trunke nicht ergebener Tapezierer wurde in Folge schnellen Laufens ausserordentlich stark von Schweiss durchnässt und verspürte bald darauf einige Tage lang Schmerzen (Gefühl von Druck) in beiden Oberschenkeln. 4 Wochen später stellte sich plötzlich eine schlaffe Lähmung beider Beine ein mit Verlust der Sehnen- und Hautreflexe, welche bald unter dem Auftreten von Doppeltsehen die Arme und die Rumpfmusculatur ergriff. Während weder Störungen der elektrischen Erregbarkeit, noch solche von Seiten der Sensibilität oder der Sphincteren nachzuweisen waren, traten frühzeitig Facialis- und Kaumuskelschwäche auf, die Augenmuskellähmungen wurden in einer Weise extensiv, wie solches bei Landry'scher Paralyse bis jetzt noch nicht erwähnt ist. Am 17. Tage nach Eintritt der Paraparese starb der Kranke bei freiem Sensorium, nachdem erst am letzten Tage leichte Abstumpfung des Gefühls an den Füssen und Urinbeschwerden sich hatten nachweisen lassen. Die Temperatur war afebril. Autoptisch fand sich trübe Schwellung der Nieren und ein beträchtlicher Milztumor, welcher culturell nicht untersucht wurde. Eine Anlage von Culturen aus dem frischen Rückenmark lieferte ein negatives Ergebniss. Desgleichen fiel die Färbung des gehärteten Rückenmarkes und der Cauda equina auf Mikroorganismen negativ aus.

Einige Muskeln zeigten Zunahme des interstitiellen Gewebes und auf dem Querschnitt einiger Fibrillen an einem Theile der Peripherie halbmondförmig angehäuftes ockergelbes Pigment. Zahlreiche frisch gezupfte Muskeln liessen körnige und fettige Trübung der Fasern erkennen. Die peripheren Nerven und das Rückenmark waren nach Carminfärbung, Weigert bezw. auch Nissl, intact. In mehreren Bündeln der Cauda equina, deren Gefässe strotzend gefüllt waren, gewahrte man kleine, rund um ein Gefäss angeordnete Vermehrung der Stützsubstanz mit Untergang des Nervenparenchyms, ferner nach Marchi geringe, frische Degenerationen an Achsencylindern und Markscheiden. Das Rückenmark war, auch nach Marchi behandelt, normal. Dagegen fanden sich von der Gegend des beginnenden Hypoglossuskernes an bis zu den Oculomotoriuskernen nur der Marchimethode zugängliche Degenerationen der Markscheiden auf dem ganzen Querschnitt, ohne Kernvermehrung bei guter Injection der Gefässe. Es waren sowohl die langen Bahnen, auch sensibler Gebiete, als auch die extra- und intramedullären Wurzeln incl. des intranucleären Fasernetzes ergriffen. Die ausgedehntesten derartigen Veränderungen wies die extramedulläre Acusticuswurzel auf, ohne dass klinisch Functionsstörungen dieses Nerven beobachtet waren, die zarteste Schwarzfärbung zeigte sich in dem subcorticalen Mark.

Redner exemplificirt auf analoge Krankheitsbilder, bei denen im Allgemeinen die sensible bezw. motorische Sphäre klinisch intact bleibt, z. B. die Bleilähmungen, die Tetanie, der Tetanus, die paroxysmale familiäre Lähmung, die Myasthenia gravis pseudoparalytica, in umgekehrter Richtung auf die Tabaksamblyopie und die Amaurose nach Verabreichung von Extractum filicis und betont, dass er die gefundenen Alterationen nicht auffasst als die anatomische Ursache der schweren Lähmungen, sondern als die Folge einer durch eine Infectionskrankheit veranlassten Intoxication.

Discussion: Herr Nonne erklärt sich mit dem Vortragenden einverstanden, insofern als derselbe einen grossen Theil der unter dem Namen Landry'scher Paralyse beschriebenen Krankheitsbilder mit diesem nicht belegt wissen wollte. Die Landry'sche Paralyse sei ein distinctes Krankheitsbild, was auch dieser Fall unzweideutig wieder beweise. Man neige gegenwärtig dazu, auch die Grenzen anderer Symptomencomplexe zu erweitern, so z. B. werde die Erb'sche syphilitische, spastische Spinalparalyse häufig zusammengeworfen mit disseminirten Myelitiden und meningomyelitischen Processen; ähnlich verhielte es sich mit der Friedreich'schen Ataxie. In Betreff der Färbungsweise weist Herr Nonne auf die in diesem Falle auch angewandte Marchi-Methode hin, vermittels deren man besonders acute Degenerationen leicht nachweisen könne. Bezüglich der Verwerthung dieser Methode im vorliegenden Falle stellt er sich auf die Seite des Vortragenden. Die gefundenen Degenerationen seien nur als Ausdruck einer stattgehabten Infection anzusehen, da z. B. die stärksten anatomischen Veränderungen sich in der Acusticus-Wurzel gefunden hätten, ohne dass klinische Functionsstörungen beobachtet wären. Ferner seien auch frische Degenerationen in solchen Muskeln nachgewiesen worden, welche nicht gelähmt waren. Was die Leyden'sche bulbäre Form betrifft, so habe er vor 2 Jahren einen derartigen Fall beobachtet, der äusserst foudroyant verlief und in dem die Untersuchung des Centralnervensystems mit den damals üblichen Methoden negativ ausfiel

Herr Sänger fragt an, ob Veränderungen luetischer Natur gefunden seien, da der Kranke anamnestisch Lues gehabt habe, und die auffallend starke Betheiligung der Augenmuskelnerven den Verdacht auf genannte Affection aufkommen lassen könne, denn bei der Landry'schen Paralyse seien nur ganz selten Augenmuskellähmungen constatirt worden. Auch wäre vielleicht eine Polioencephalitis sup. und inf. nicht luetischer Natur in Frage zu ziehen, wenn gleich der Beginn in den unteren Extremitäten und der aufsteigende Charakter der Lähmung gegen diese Annahme sprächen. Er habe die bacterielle Untersuchung des von Herrn Goebel als nicht zutreffend erwähnten Eisenlohr'schen Falles ausgeführt; das Ergebniss derselben sei damals positiv gewesen und er bitte um Auskunft darüber, welches culturelle Verfahren in diesem Falle eingeschlagen sei.

Herr Böttiger hebt hervor, dass bei toxischen Nervenerkrankungen es von Wichtigkeit sei, auf die Veränderungen der Nervenzellen zu achten, für deren Erkennung sich besonders die Nissl-Methode eigne. Er glaube, dass in einem der ausgestellten Präparate die Ganglienzellen des Trochleariskernes verkleinert und ihre Fortsätze nicht ganz normal erschienen.

Herr Nonne erwidert, dass mittels der Nissl-Methode auch in diesem Falle das Rückenmark eingehend untersucht worden sei, wesentliche Veränderungen aber nicht aufgefunden wurden; überhaupt sei dieser Färbungsmethode nicht mehr ein allzu grosser Werth beizumessen, seit die Untersuchungen von Goldscheider und Flatau, wie das Ersterer noch besonders auf dem Congress in Moskau hervorgehoben habe, ergeben hätten, dass das Protoplasma der Ganglienzellen auch normaler Weise einer täglichen, ja stündlichen Formveränderung unterworfen sei.

Herr Goebel: Veränderungen luetischer Natur haben sich weder an der Cauda equina, noch am Rückenmark, noch an der Medulla oblongata nachweisen lassen. Ganz besonders wurden Schnitte des Rückenmarks mit der Orceinfärbung behandelt. Gegen eine Polioencephalitis sup. und inf. spricht sowohl der klinische Verlauf als auch der anatomische Befund, wenn auch neuerdings Fälle bekannt geworden sind, in denen dieses Krankheitsbild vergesellschaftet ist mit multipler Neuritis. Auch ist in der Anamnese ausdrücklich vermerkt, dass jeglicher Missbrauch alkoholischer Getränke, welcher doch in den meisten Fällen als die Ursache der Wernicke'schen Form angesehen wird, auszuschliessen war. Die Milz ist bacteriologisch nicht untersucht, dagegen wohl das Rückenmark in frischem Zustande. Hierbei sowohl, wie in den Schnitten, fanden sich keine Mikroorganismen.

Die Ganglienzellen des Trochleariskernes in dem von Herrn Böttiger erwähnten Präparat, welches nach Marchi behandelt ist, sind eben deswegen schwer zu beurtheilen. Jedoch liessen Doppelfärbungen mit Carmin, bezw. Kultschitzki'scher Lösung keine wesentliche Alteration der Ganglienzellen der Medulla oblongata erkennen.

IV. Discussion über den in der vorigen Sitzung von Herrn **Simmonds** gehaltenen Vortrag über **Fettgewebsnekrose.**

Herr Wiesinger hat diesen Fall operirt und berichtet zunächst über die Krankengeschichte.

Ein 33 jähriger, corpulenter Gasthofbesitzer erhielt am 5. September Nachts einen Schuss in die linke Thoraxseite durch den linken Sternalrand zwischen 6. und 7. Rippe. Gegen Morgen wurde Patient in's Krankenhaus eingeliefert. Die Temperatur betrug 35°, der Puls war kaum fühlbar und der aufgetriebene Leib sehr schmerzhaft. Letzteres, sowie die bestehende Anaemie, wiesen auf eine innere Blutung hin. Bei der vorgenommenen Laparotomie fand Herr Wiesinger denn auch geronnenes und flüssiges Blut in der Bauchhöhle und in der Nähe der Radix mesenterii eine blutende Stelle. Die Blutung wurde durch Umstechen sistirt und der Leib geschlossen. Nach 48 Stunden trat Collaps und Exitus ein. Der Sectionsbefund ergab, dass die Kugel durch das Zwerchfell zwischen Magen und Leber in das Pankreas gedrungen war, die Vena lienalis verletzt hatte und in der linken Niere stecken geblieben war. Dabei konnte die in voriger Sitzung demonstrirte Fettgewebsnekrose an der linken Seite des Peritoneums und am Pankreas constatirt werden.

Herr Wiesinger wendet sich nun gegen die von Herrn Fraenkel vertretene Ansicht, dass in obigem Falle die Fettnekrose vorher bestanden haben könne, und dass kein stichhaltiger Grund vorliege, die Pankreasverletzung als Ursache, die Nekrose als etwas Secundäres anzusehen. Er habe bei der Operation die Bauchhöhle gründlich durchsucht und keine Fettnekrose gefunden. Dass eine gewisse Beziehung zwischen Pankreas und der Fettgewebsnekrose bestände und speciell bei Erkrankung des ersteren im Anschluss an Traumen in der Umgebung Nekroseherde aufträten, sei durch eine Reihe klinischer Beobachtungen zur Genüge dargethan. Man könne auch experimentell, wie durch die Arbeiten von Hildebrand und Körte nachgewiesen sei, denselben acut verlaufenden Process durch Verletzung des Pankreas bei Thieren hervorrufen. Auf der anderen Seite gäbe es allerdings Fettnekrosen, bei denen dieser Zusammenhang nicht offenkundig zu Tage trete, und diese seien mit Herrn Fraenkel's Ansicht in Einklang zu bringen. Immerhin müsse die Fettgewebsnekrose als ein Symptom, nicht als Krankheit aufgefasst werden, und als solchem könnten derselben viele Ursachen zu Grunde liegen. —

Herr Conitzer schliesst sich den Ausführungen des Herrn Wiesinger an und glaubt, dass man nicht so leicht bei der Operation Nekroseherde übersehe. Er stützt sich dabei auf einen vor einigen Jahren von Dr. Alsberg operirten Fall von Pseudoileus, wo schon in vivo eine typische Fettnekrose mikroskopisch an herausgeschnittenen Gewebsstückchen constatirt wurde.

Herr Fraenkel legt zunächst an vier Präparaten von Fettgewebsnekrose seine gesammelten Erfahrungen dar, in betreff deren auf früher gemachte Mittheilungen verwiesen werden kann. Herrn Wiesinger erwidert Herr Fraenkel, dass er keineswegs in Abrede stelle, dass nach Pankreasverletzungen Fettnekrose auftreten könne, in vorliegendem Fall sei dieses aber nicht hinreichend bewiesen. Die experimentellen Fettnekrosen böten ein ganz anderes Bild dar, sie seien viel weicher und nicht von solch' stearinartig glänzendem Aussehen. Herr Körte drücke sich über seine dabei gewonnenen Resultate sehr vorsichtig aus und hüte sich, allzuweitgehende Schlüsse zu ziehen. Bei den Thierexperimenten handle es sich um ganz brüske Eingriffe, erstere seien dann immer am ehesten gelungen, wenn das Pankreas durchbrannt und durchschnitten ist, und sein Secret mit der Bauchhöhle in Verbindung tritt. Dass es danach zu ausgedehnten Nekrotisirungen und Erweichungszuständen im peritonealen und retroperitonealen Fettgewebe kommen könne, sei nicht zu verwundern. Im Gros der Fälle von Fettgewebsnekrose, in denen man bei der Section kleine disseminirte Herde fände, seien am Pankreas keine mit den experimentellen in Parallele zu setzende Veränderungen nachweisbar. Im Gegensatz zu Herrn Wiesinger betont Herr Fraenkel, dass er anatomisch die Fettnekrose nicht als Symptom, sondern als ein scharf charakterisirtes Krankheitsbild ansehe.

Herr Simmonds: Als er in der letzten Sitzung die Vermuthung aussprach, dass die Pankreaserkrankung in der Regel als die primäre, die Peritonealherde nur als secundäre Erscheinung aufzufassen seien, leitete ihn vor Allem die Erfahrung, dass sowohl in den schweren, klinisch hervortretenden Fällen, wie auch in denen, wo die Fettgewebsnekrose nur einen zufälligen Nebenbefund bei der Section bilde, die Umgebung des Pankreas in erster Linie als Sitz des Processes gefunden werde. Hier sei eine Fettgewebsnekrose, wenn sie überhaupt vorhanden, stets und am intensivsten anzutreffen. Dagegen verschwänden völlig die ganz vereinzelt mitgetheilten Angaben, dass Derartiges auch an anderen Körperregionen aufgefunden sei, und diese Erfahrung müsse den Schluss aufdrängen, dass die Localisation der Fettnekrose keine zufällige sei, sondern dass ganz bestimmte Beziehungen zwischen dem Pankreas und den Nekroseherden existiren, dass eben unter dem Einfluss des benachbarten Organs sich dieser eigenthümliche Process ausbilde. Er habe mehrfach in Fällen geringer Fettnekrose am Pankreas theils fettige Degeneration der Zellen, theils interstitielle Veränderungen gefunden. Einen hohen Grad erreichen die Fettnekrosen indess erst, wenn es sich um schwerere Pankreaserkrankungen handelt, sei es um spontane, sei es im Anschluss an traumatische Einwirkung. Die kleinen Herde, die in allen übrigen Theilen der Bauchhöhle durchaus reactionslos verliefen, könnten selbst bei gehäuftem Auftreten wohl kaum im Stande sein, vollständige Zerstörungen des Pankreas hervorzurufen; so reichlich seien diese Herde aber gar nicht, wie er auch an den Präparaten des Herrn Fraenkel gesehen habe. Noch vor wenigen Tagen fand Herr Simmonds bei der Section einer an Pyelonephritis verstorbenen Frau sehr dichte Nekrosenherde in der Pankreasumgebung und im Mesenterium, ohne dass es zu irgend welchen Störungen intra vitam gekommen war. Die im Pankreas angetroffenen starken interstitiellen Wucherungen seien nicht mit genannten Herden in Beziehung zu bringen. Wenn Herr Fraenkel die Fettgewebsnekrose als eine chronische Erkrankung ansehe, so lasse er dieses gelten für die Fälle, in denen man Nekroseherde als zufälligen Nebenbefund bei Sectionen antrifft, dagegen sei die Krankheit, die klinische Erscheinungen macht, ein exquisit acutes, oft in wenigen Tagen zum Tode führendes Leiden, und man sei berechtigt, die dabei vorkommenden parenchymatösen Degenerationen der Organe als Folge der Erkrankung und als Ausdruck einer Infection anzusehen. Ein Beweis für die Annahme, dass es sich um eine bacterielle Erkrankung handle, sei, darin stimme er Herrn Fraenkel zu, noch nicht erbracht worden.

Zum Schluss erwähnt Herr Simmonds noch, dass die an einem Präparat des Herrn Fraenkel beobachtete zinnoberrothe Färbung der Herde vielleicht auf das Vorhandensein von Blutfarbstoff hindeute, er selbst habe in seinem ersten Falle auch deutlich roth gefärbte Herde angetroffen.

Naturhistorisch-medicinischer Verein Heidelberg.

Medicinische Section.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. December 1897.

Prof. Leber demonstrirt 2 Fälle **operativer Entfernung von Orbitaltumoren** (cavernöser Tumor, nach einem Trauma entstanden, und ein Sarkom) mit Erhaltung des Bulbus nach Kroenlein's Methode.

Prof. Cramer demonstrirt die beiden Schering'schen Desinfectionslampen «Hygiea» und «Aeskulap» und berichtet über 2 in einer Barake der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath Czerny in grösserem Maassstabe ausgeführte Desinfectionsversuche. Es handelte sich um die Desinfection einer Barake mit zahlreichen Nebenräumen: Krankenzimmer, Schwesterzimmer, Vorzimmer, Küche, Bad etc. — Alles in Allem etwa 1100 cbm. Verdampft wurden im ersten Versuch circa 830 g, im zweiten 975 g festes Paraformaldehyd, da aber Matratzen und Kissen mit flüssigem Formol (in beiden Versuchen zusammen etwa 1750 g) injicirt wurden, dürfte die wirklich verdunstete Menge Formaldehyd höher als 1 g, aber nicht höher als 1,5 g pro Cubikmeter zu berechnen sein. In beiden Versuchen ergaben zahlreich aufgestellte Proben von B. coli, Staphylococcus aureus, B. pyocyaneus völlige Desinfection. Nur Deckgläschen, mit B. coli in abnorm dicker Schicht bestrichen, wie es in der Praxis kaum vorkommen dürfte, ergaben, trocken exponirt, spärliche Colonien. Eine Probe von Rosshaaren aus der Mitte eines Keilkissen ergab, auf mehrere Petrischalen vertheilt, sehr spärliche Colonien eines sporenbildenden Bacillus (Kartoffelb. wahrscheinlich), also auch hier wahrscheinlich Abtödtung der nicht sporenbildenden Bacterien.

Auch wenn es nicht gelingen sollte, Matratzen, Kissen etc. durch Injection von Formol zu desinficiren, bedeutet das Aronsohn'sche Verfahren einen Fortschritt in der Desinfectionspraxis.

Dr. Petersen: **Ueber den Verlauf von Infectionskrankheiten bei künstlich erhöhter Temperatur** (günstige Wirkung des Wärmestichs bei Kaninchen auf den Verlauf der Staphylomykosen). (Der Vortrag wird anderwärts ausführlich mitgetheilt.)

Dr. Levy: **Sero-diagnostische Untersuchungen aus der Pforzheimer Typhusepidemie.** (Die genaueren Ergebnisse dieser sero-diagnostischen Untersuchungen sind in No. 50 und 51 der Münch. med. Wochenschr. 1897 veröffentlicht.)

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. Mai 1897.

Herr **Bergeat** weist 25 Präparate über die **Pathologie der Kieferhöhle** aus seiner Sammlung vor. Er erklärt es für wichtig, die Dicke des Knochens zwischen den Zähnen und der Kieferhöhle bei Studien über die Aetiologie der Kieferhöhlenerkrankungen zu berücksichtigen. Die auffällige Häufigkeit von Eiterbefund bei Sectionen der Kieferhöhle glaubt er den Ernährungsstörungen bei letalen Krankheiten und bei geschwächter Constitution zur Last legen zu sollen. Ein Präparat zeigt die bedeutende Verkleinerung der einen Kieferhöhle und eine auffällige Asymmetrie des Gesichtsschädels in Folge früh entstandenen Kieferhöhlenempyemes. Eine Spontanheilung chronischer Empyeme wird bewiesen durch die Ausfüllung einer Kieferhöhle mit Bindegewebe (sogenannte fibromatöse Entartung der Schleimhaut), ferner durch einen sehr breiten Durchbruch des häutigen Wandstückes, welcher es nahelegt, auch künstlich auf analoge Weise die Heilung herbeizuführen, und vielleicht noch durch die Spuren von Durchbrüchen nach abwärts bei ausgedehnter Caries der knöchernen Kieferhöhlenwände. Polypen in der Kieferhöhle finden sich viel häufiger bei rein schleimigem als bei ganz oder theilweise eitrigem Inhalte der Kieferhöhle. Schleimcysten finden sich in München in 30 Proc. der Kieferhöhlen; es lassen sich die verschiedensten Spuren finden, dass sie, anscheinend je nach der Dicke ihrer Schleimhautbedeckung, in verschiedener Grösse zum Bersten gelangen und zur Faltenbildung in der Kieferhöhle beitragen.

Herr **Dürck: Zur Frage der Aetiologie der Pneumonie.** (Die ausführliche Arbeit ist im D. Arch. f. klin. Med. erschienen.)

Sitzung vom 2. Juni 1897.

Herr **Sittmann** demonstrirt an Präparaten die agglutinirende Wirkung des Blutserums von Typhuskranken.

Herr **Seggel: Ueber den Einfluss der Beleuchtung auf die Sehschärfe und die Entstehung der Kurzsichtigkeit.** (Der Vortrag ist in No. 37, 1897 der Münch. med. Wochenschr. veröffentlicht.)

Discussion: Herr Stieler erkennt an, dass es in den Schulen in hygienischer Beziehung viel besser geworden sei. Es fehle indess häufig, namentlich an Mittelschulen, am hygienischen Verständniss der Lehrer. Als Beweis hiefür legt Herr Stieler verschiedene sogenannte Präparationen für Mittelschüler vor.

Herr Seggel betont daraufhin auf's Neue die Nothwendigkeit der Aufstellung von Schulärzten.

Herr Aub ist nicht der Meinung, dass die angeführten Missstände in Mittelschulen durch die Schulärzte, welche ja doch nur für die Volksschulen gedacht seien, zu beseitigen wären. Die Mittelschulen unterstünden dem Ministerium, welches seinen ständigen Rath im obersten Schulrath habe und hier würde eine einfache Anregung zur Beseitigung der Uebelstände genügen.

Herr **Ziegler: Ueber Stichverletzungen der grösseren Gefässe der Extremitäten.** (Der Vortrag ist in No. 27, 1897 der Münch. med. Wochenschr. veröffentlicht.)

Sitzung vom 20. October 1897.

Die Herren **v. Ziemssen** und **v. Winckel** halten die angekündigten Vorträge: **Der internationale Congress in Moskau.** (Der Vortrag des Letzteren ist in No. 46 und 47, 1897 der Münchn. med. Wochenschr. erschienen.)

Herr **v. Stubenrauch** stellt eine Kranke mit **Phosphornekrose des Unterkiefers** vor.

Die Kranke arbeitet seit 5 Jahren in einer Zündholzfabrik, hat öfters während dieser Zeit Zahnabscesse durchgemacht, die sich spontan perforirten, theils durch Incision entleert wurden. Die jetzt bestehende Affection ist vor 5 Monaten entstanden und hat mit einer Parulis in der rechten Unterkiefergegend begonnen. Zur Zeit der Vorstellung der Kranken besteht enorme Schwellung der rechten Wange mit Fistelbildung unterhalb des Angulus maxillae inferioris dext., Kiefersperre und starke Eiterung aus den Alveolen des rechten Unterkiefers. Mehrere Zähne daselbst sind ausgefallen, beziehungsweise ausgezogen worden. Aus den Fisteln fliesst reichlich übelriechender Eiter. Die Schwellung der Weichtheile, wie auch die bedeutende Auftreibung des Knochens erscheint in der Mittellinie abgesetzt.

Vortragender äussert die Meinung, dass der Process nicht auf die rechte Kieferhälfte allein beschränkt ist und hofft die Kranke später nochmals vorstellen zu können.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. Februar 1898.

I. Herr **L. Bach: Ueber das Ganglion ciliare und das Reflexcentrum der Pupille.**

Vortragender gibt einen kurzen kritischen Ueberblick der vorliegenden Untersuchungen über die Natur und Function des Ganglion ciliare. Im Hinblick darauf und auf Grund eigener Untersuchungen über das normale Ganglion ciliare bei dem Affen, der Katze und dem Kaninchen, weiterhin auf Grund von experimentellen Ergebnissen nach der Exenteratio bulbi, nach mehr weniger ausgedehnter Zerstörung der sensibeln Hornhautnerven kommt Vortragender zu dem Schlusse, dass das Ganglion ciliare weitaus am wahrscheinlichsten ein sympathisches Ganglion ist.

Zur Feststellung der Lage des Reflexcentrums der Pupille hat Vortragender an Affen, Katzen und albinotischen Kaninchen Decapitationen ausgeführt. Nach einfacher, selbst sehr hoch ausgeführter Decapitation war die directe und indirecte Reaction auf Licht noch prompt vorhanden. Es bleibt hierbei stets ein verschieden langes Stück Halsmark zurück. Nachdem dem Vortragenden von Gustav Wolff mitgetheilt worden war, dass dieser auf Grund seiner Untersuchungen die reflectorische Pupillenstarre bei Tabes und Paralyse auf eine Degeneration der Hinterstränge des oberen Halsmarkes zurückführe, zerstörte der Vortragende das bei der Decapitation zurückbleibende Stück Halsmark direct nach der ausgeführten Decapitation mit einem Messer und fand, dass dann sofort die Pupillenreaction erloschen war. Durch diese Versuche konnte mit aller Bestimmtheit nachgewiesen werden, dass das Reflexcentrum der Pupille in den alleroberstcn Partien des Halsmarks gelegen ist.

In der Discussion macht Herr G. Wolff speciellere Angaben über seine, durch Bach's Versuche bestätigten Befunde. Er hatte bei einem im Anfangsstadium der Paralyse verstorbenen Manne, bei dem als einziges somatisches Symptom Pupillenstarre zu constatiren war, eine auf die Hinterstränge des Halsmarks beschränkte Degeneration gefunden, und eine daraufhin angestellte genaue Untersuchung des Rückenmarks zahlreicher Paralytiker hatte ergeben, dass jene Stelle immer dann erkrankt war, wenn Pupillenstarre bestanden hatte, dass sie dagegen sich als normal erwies, wenn Lichtreaction dagewesen war.

II. Herr **v. Leube: Ueber die Gruber-Widal'sche Serodiagnostik zur Erkennung des Typhus abdominalis (mit Demonstrationen).**

Der Vortragende führt aus, dass die Diagnose des Typhus abdominalis, wenn alle die bekannten charakteristischen Symptome ausgeprägt sind, nicht schwierig ist. Auf Schwierigkeiten stösst man meist nur im Beginn der Erkrankung und desshalb ist es sehr zu begrüssen, dass Widal die Serodiagnostik für diese Krankheit in die Praxis eingeführt hat, die uns unter Umständen schon in der ersten Woche des Typhus die Diagnose ermöglichen soll. Wenn man sich über die Bedingungen der Reaction klar werden will, so muss man einen Blick auf die Immunitätslehre, wie sie sich in der letzten Zeit entwickelt hat, werfen. — Dem Eindringen aller Bacterien setzt der Mensch einen Widerstand schon dadurch entgegen, dass im Allgemeinen die unverletzte Haut und Schleimhaut für Mikroben impermeabel ist, ferner dadurch, dass gewisse, vom Körper abgesonderte Säfte, wie Magensaft und Speichel, bactericide Eigenschaften besitzen. Weiter kommt für die durch Bacterien veranlassten Krankheiten die individuelle Prädisposition in Betracht, die heutzutage auf eine bessere oder schlechtere Thätigkeit der Zellen zurückgeführt wird. Geschwächt kann die Zellthätigkeit werden durch eine vorausgegangene Erkältung, durch eine zur selben Zeit bestehende andere Krankheit (Diabetes) u. s. w. Leo machte weisse Mäuse dadurch für gewisse Bacterien empfänglich, dass er sie mit Phloridzin fütterte. Neben der Resistenz gegen das Eindringen von Bacterien stehen dem Körper aber auch Hilfsmittel zu Gebote, wenn die Feinde eingewandert sind. Es sind dies die im Serum enthaltenen und von den Leukocyten gebildeten Alexine. Die von den Bacterien im Körper abgeschiedenen Toxine wirken chemotaktisch auf die Leukocyten, und letztere nehmen dann die durch die von ihnen abgesonderten Alexine geschwächten Mikroorganismen in sich auf. Es besteht also die Phagocytenlehre Mentschikoff's, wenn auch in etwas veränderter Form, zu recht. Streng zu

scheiden von den in jedem Serum vorhandenen und desshalb nichts Specifisches darstellenden Alexinen sind die specifisch immunisirenden Stoffe, die nach Ueberstehen einer Infectionskrankheit einen Schutz gegen die betr. Krankheit gewähren. Dieser Schutz kann sich auf verschiedene Zeit, bisweilen auf viele Jahre erstrecken, und da man nicht wohl annehmen kann, dass die einmal im Körper gebildeten Schutzstoffe unverändert in ihm bleiben, so ist v. Leube der Ansicht, dass die Zellen, wenn sie einmal die Fähigkeit erhalten haben, Schutzstoffe zu produciren, an dieser Thätigkeit festhalten, geradeso wie gewisse Zellen des Körpers stets Glykogen oder Harnstoff produciren und geradeso wie bei der Fettsucht und beim Diabetes die Zellen noch während des Lebens — hier zum Schaden des Organismus — die Tendenz zur Production eines neuen Körpers bekommen und beibehalten. Als specifische Schutzstoffe kommen in Betracht: 1. die Antitoxine, deren Wirkung nicht gegen die Bacterien selbst, sondern gegen die von ihnen bereiteten Toxine gerichtet ist, indem sie im Körper eine antagonistische Wirkung, welche die Wirkung der Toxine nicht zur Geltung kommen lässt, entfalten. 2. Stoffe, welche gegen die Bacterien selbst wirken: a) Die «lysogenen» Stoffe von R. Pfeiffer. Sie bewirken, im Reagensglase mit den Bacterien zusammengebracht, dass letztere vorerst ihre Bewegung und ihr Wachsthum einstellen. Später wachsen dieselben dann aber ungehindert weiter. Anders gestaltet sich die Wirkung, wenn man die letzteren nachträglich in's Peritoneum von Thieren einspritzt; sie werden dann offenbar unter Mitwirkung der Zellthätigkeit zu Schollen umgewandelt und aufgelöst. b) Die Agglutinine (Gruber). Bringt man sie im Reagensglase mit den Bacterien zusammen, so bewirken sie, dass die Bacterien zusammengeballt werden und am Boden liegen bleiben.

Letztere Reaction war es denn auch, über die Gruber auf dem Congress für innere Medicin zu Wiesbaden 1896 berichtete; er forderte die anwesenden Aerzte zu gleicher Zeit auf, die Reaction an Personen, die den Typhus überstanden hätten, zu prüfen. Widal machte dann darauf aufmerksam, dass die Reaction schon während des Bestehens der Krankheit auftrete und ein gutes diagnostisches Hilfsmittel sei. Im Folgenden spricht der Vortragende über die Art, wie die Reaction anzustellen sei; er erwähnt die makroskopische und mikroskopische Form derselben und weist auf ihre Bedeutung in der Diagnose ein. Ein negativer Ausfall ist nicht immer beweisend; denn die Reaction kann sehr spät auftreten. v. Leube hat einen Patienten (Diener des pathologischen Instituts) beobachtet, bei welchem sie erst am 18. oder 19. Tage deutlich wurde, nachdem der Patient einige Tage vorher eine schwere Darmblutung gehabt hatte. Wäre er dieser erlegen, so hätten wir einen Fall von Typhus ohne Gruber-Widal'sche Reaction zur Section bekommen. Aber auch der positive Ausfall, selbst wenn er ein stark positiver ist, darf nur mit Vorsicht verwerthet werden. Denn ein Patient, der an einer bis dahin unbekannten fieberhaften Krankheit darniederliegt, kann schon vorher Typhus gehabt haben und zwar so leicht, dass ihm nichts davon bekannt ist (Typhus levissimus, ambulatorius) und noch von jener Zeit her die Reaction zeigen, die ja bekanntlich oft jahrelang bestehen bleibt.

Aber gerade in dem Umstand, dass die Reaction erst negativ ausfällt und im Verlaufe der Krankheit gradatim positiv wird, liegt nach v. Leube's Ansicht die Stärke der Probe. In solchen Fällen ist mit absoluter Sicherheit Typhus zu diagnosticiren und eine andere Krankheit auszuschliessen.

In der Discussion theilt Herr Matterstock seine Erfahrungen über die Reaction mit und demonstrirt die Curve eines Patienten, der den klinischen Anzeichen nach an Typhus mit Recidiv gelitten hat, bei dem die Reaction vorerst aber noch ausgeblieben ist. Rostoski.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 19. Februar 1898.

Unzulässigkeit des Haltens mehrerer Ordinationsanstalten. — Gegen die Uebertragung von Krankheiten in Barbir- und Friseurstuben. — Besserstellung besoldeter Aerzte.

Im Verlaufe der letzten Jahre haben mehrere Collegen an die Wiener Aerztekammer die Frage gerichtet, ob es ihnen gestattet sei, nebst dem dass sie in eigener Wohnung eine Ordination abhalten, auch in einem anderen Bezirke eine unentgeltliche Privat-Ordination für Arme einzurichten und daselbst täglich zu ordiniren. Die Anfrage war nicht leicht zu beantworten. Sicher ist, dass das Gesetz es nirgends verbietet und auch die von der Wiener Aerztekammer an ihre Mitglieder zur Darnachachtung ausgeschickte Standesordnung enthielt bisher keinen hierauf bezüglichen Passus. Und was nicht verboten ist, ist erlaubt. Weiterhin gibt es ja so viele Aerzte in Wien, welche an ihren Kliniken und Ambulatorien, in ihrer Charité, an der Poliklinik etc. unentgeltlich und überdies in ihrer Wohnung gegen Honorar ordiniren. Selbst einzelne städtische Aerzte für Armenbehandlung und Todtenbeschau sollen sich eigene, von ihrer Wohnung entfernt gelegene Ordinations-Localitäten gemiethet haben, um hier ihre unentgeltliche Ordination abzuhalten. Und was dem Meyer erlaubt ist, das muss auch dem Peter gestattet werden.

Auf der andern Seite gab es viele Aerzte, welche sagten, dass das Halten mehrerer (sagen wir bloss zweier) Ordinationslocalitäten eine illoyale Concurrenz gegenüber den anderen Collegen involvire, welche nicht in der Lage sind, an zwei Orten zu ordiniren. Es bilde sich mit der Zeit ein förmliches Ambulatorium, vulgo «Krankenabfischungsinstitut» heraus, welches bald auch von zahlungsfähigen Patienten aufgesucht werde, die entweder hier ohne Entgelt, also mit Unrecht, behandelt oder vom Wartepersonale in die Privatwohnung des ordinirenden Arztes dirigirt werden. Das bedeute aber einen Verdienstentgang für die daselbst ansässigen Praktiker. Und schliesslich, so raisonirte man, werde für dieses «Wohlthätigkeitsinstitut» öffentlich gesammelt werden, so dass mit öffentlichem Gelde bloss die Sonderinteressen einiger Specialisten, welche alle Praxis, die entgeltliche und die unentgeltliche, an sich reissen wollen, gefördert würden. Wenn also auch das Halten mehrerer Ordinationsanstalten gesetzlich nicht verboten sei, so spreche doch das — — Gefühl und die in Wien mit Poliklinik und Ambulatorium gemachten Erfahrungen dagegen, eine Vermehrung solcher Anstalten zuzulassen. Trotz aller Eingaben an die Statthalterei etc. ist es bisher, bei uns so wenig als im Auslande, gelungen, den Missbrauch der unentgeltlichen Ordination in Spitälern und Polikliniken zu beseitigen; alle von den Aerzten Wiens dagegen erhobenen Beschwerden, alle den Behörden überreichten Vorschläge zur Abhilfe ruhen bis nun in den Archiven und fanden noch keine Beachtung. Wozu also die Zahl dieser Institute in's Ungemessene vermehren?

Dies mögen wohl die Anschauungen gewesen sein, welche die Mehrheit der Wiener Aerztekammer letzthin bestimmte, den folgenden, die Standesordnung ergänzenden Beschluss zu fassen: «Die regelmässige Abhaltung einer Privatordination an zwei verschiedenen Orten oder in verschiedenen Wohnungen durch einen Arzt wird als standeswidrig erklärt; ausgenommen sind nur jene Aerzte, welche durch ihren Beruf oder ihre Stellung die Behandlung einer grossen Zahl von Kranken übernehmen, für welche ihre Wohnräume nicht geeignet sind, wie die Leiter von öffentlichen Ordinationsanstalten, Aerzte von Cassen u. s. w.»

Damit ist diese Angelegenheit noch keineswegs erschöpft. Ich will nicht darüber grübeln, ob wirklich «standeswidrig» für A. sein kann, was dem B. gestattet wird, da man glauben solle, dass eine Standeswidrigkeit, welche gerügt, gestraft etc. werden kann, für alle Kammermitglieder denselben ethischen Werth besitzen müsse; ich möchte aber bloss auf eine andere Sache hinweisen, welche ebenfalls hieher gehört. Der Schwefel-Curort Baden ist von Wien mittels Eilzugs in einer Stunde erreichbar. Eine ganze Schaar Wiener Aerzte ordinirt nun während der Badesaison, mithin Monate lang, früh Morgens und Vormittags in Baden, am Nachmittag in ihrer Wohnung in Wien, um den Abend wieder nach Baden zu eilen, um etwaige Abendvisiten zu absolviren. Das Doppelgeschäft ist recht mühsam, diese Aerzte ordiniren aber täglich an 2 Orten. Wie wird sich die Aerztekammer gegen diese oder gegen jene grosse Zahl von Aerzten benehmen, die Tag für Tag die eine oder andere Station der Süd- oder Westbahn aufsuchen, dort in eigener Wohnung ordiniren und Kranke besuchen und sodann nach Wien eilen, um hier dasselbe zu thun? Bis

nach Payerbach-Reichenau und bis nach Pressbaum-Reckawinkel erstreckt sich diese «Raubpraxis» (so genannt von den daselbst ansässigen Aerzten) der Wiener Aerzte. Wird die Aerztekammer auch diese Doppelpraxis als «standeswidrig» erklären?!

In einem jüngst publicirten Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes (Referent: Prof. Dr. A. Weichselbaum, unser pathologischer Anatom) wurden die Vorkehrungen gegen die Uebertragung von Krankheiten in Barbir- und Friseurstuben behandelt. Anlass zu dieser gutachtlichen Aeusserung gab die Bitte des Wiener Stadtphysikates um Erlassung allgemein giltiger Anordnungen, dass in Rasir- und Friseurstuben die Instrumente und Geräthschaften nach jedem Gebrauche einer gehörigen Desinfection unterzogen und entsprechend gereinigt werden. Der Referent beantwortete vorerst die Vorfrage, ob und welche Krankheiten in Rasirstuben übertragen werden und gelangte dahin, dass sicher Herpes tonsurans und Impetigo contagiosa, und zwar nicht selten, übertragen werden. Nicht so sicher sei es von der Alopecia purpuracea und der Alopecia areata, welch' letztere Affection von den Dermatologen als eine auf einer Erkrankung des Nervensystems beruhende betrachtet wird. Ebenso unsicher sei es, ob thatsächlich Syphilis durch den Act des Rasirens übertragen wurde. Wahrscheinlich sei die Uebertragung von Eitercoccen und das Entstehen von Furunkeln (Brunner's Untersuchungen der Puderquasten, positives Resultat). Der Referent erwägt nun die verschiedenen hier in Vorschlag gebrachten Maassregeln behufs Abhilfe und gelangt schliesslich zu folgendem Schlusse:

«Wenn nun auch die Erlassung einer eigenen Desinfectionsvorschrift für Rasir- und Frisirstuben dermalen nicht angerathen werden kann, so sollen doch bestimmte Vorkehrungen gegen die Uebertragung der oben erwähnten Krankheiten getroffen werden; diese hätten in folgenden Anordnungen zu bestehen:

1. Den Inhabern von Frisir- und Rasirgeschäften wäre aufzutragen, dass sie bei Bedienung ihrer Kunden keine Rasirpinsel und Schwämme benützen, und dass sie für jeden Kunden zum Abtrocknen der rasirten Haut ein besonderes, gut gewaschenes Handtuch verwenden. Es wäre ihnen auch nahezulegen, sich keiner Puderquasten zu bedienen, oder, wenn einzelne Kunden durchaus auf dem Einpudern der rasirten Haut bestehen, für jeden derselben besondere Puderquasten oder Wattebäuschchen zu verwenden, welch' letztere nach jedesmaligem Gebrauche wegzuwerfen sind. Im Uebrigen hätten sich die Friseure und Raseure der grössten Reinlichkeit zu befleissigen und auch ihre Geräthschaften recht häufig einer gründlichen Reinigung zu unterziehen.

2. Den Inhabern von Rasir- und Friseurgeschäften ist dringendst zu empfehlen, Personen, welche mit einer auffallenden, schon für Laien erkennbaren Erkrankung der Barthaut behaftet sind, vorläufig nicht zu rasiren, sondern sie an einen Arzt zu weisen und erst nach den besonderen Anordnungen des Letzteren vorzugehen.

3. Die praktischen Aerzte seien zu verpflichten, jeden in ihre Behandlung kommenden Fall von Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa, oder syphilitischer Affection der Barthaut, wenn diese Erkrankung muthmaasslich durch Infection in einer Rasirstube entstanden ist, der Behörde unter gleichzeitiger Bekanntgabe der betreffenden Rasirstube anzuzeigen. Ferner haben sie jenen Personen, welche mit einer der genannten Krankheiten behaftet sind, dringendst einzuschärfen, dass sie sich nicht in Rasirstuben, sondern in ihren Wohnungen rasiren lassen und zwar mit ihrem eigenen Rasirzeuge, oder dass sie überhaupt um ihre Aufnahme in eine Heilanstalt ansuchen sollen. Die bei solchen Kranken verwendeten Rasirmesser sind nach jedesmaligem Gebrauche durch ein viertelstündiges Auskochen der Klinge in Wasser, oder in einer 2 proc. wässerigen Sodalösung zu desinficiren. Die zum Abtrocknen der rasirten Haut benützten Tücher sind durch Auskochen in Lauge, oder, wo es durchführbar ist, durch strömenden Wasserdampf zu desinficiren.

4. Schliesslich wäre das Publicum in geeigneter Weise zu belehren, dass der Einzelne sich gegen Infection der Barthaut am sichersten dadurch schützen könne, dass er an sich nur sein eigenes Rasir- und Frisirzeug in Anwendung kommen lasse, welches er bei einem etwaigem Besuche von Rasirstuben daselbst in einem versperrbarem Behälter hinterlegen kann».

Die Aerzte Mährens haben einen Erfolg zu verzeichnen. Jahrelang petitionirten die Districtsärzte dieses Kronlandes darum, dass sie, wenn sie alt und arbeitsunfähig würden, eine kleine Pension bekämen. Der mährische Landtag hat jüngst ein Gesetz über die Pensionsberechtigung der Districtsärzte nach den Normen für Staatsbeamte mit einem Pensionshöchstbetrage von 500 fl. zum Beschlusse erhoben. Nun sollten auch noch die schmählich niederen Gehalte erhöht werden, welche die vielgeplagten Gemeindeärzte bisher für ihre aufreibende Thätigkeit erhalten!

Und noch ein kleiner Erfolg. Die Aerzte der Wiener Bezirkskrankencasse erhalten künftighin für den Fall der Erkrankung nebst dem obligatorischen Krankengelde von 1 fl. 20 kr. überdies für die ganze Dauer der Erkrankung das doppelte Gehalt. Die Leitung beabsichtigt ferner, auch ihren Aerzten das Pensionsinstitut, zur Sicherung einer Alterspension resp. zur Versorgung ihrer Wittwen und Waisen, zugänglich zu machen. Immerhin etwas — wenn auch nicht viel. Wir haben aber unter dem Drucke der Verhältnisse gelernt, uns mit Wenigem zu bescheiden, und freuen uns auch dieser kleinen Erfolge einzelner fix besoldeter Collegen.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Medical Society of London.

Sitzung vom 10. Januar 1898.

Pericarditis adhaesiva.

Sir William Broadbent führt das relativ seltene Vorkommen der Adhaesivpericarditis auf die schwierige Diagnose des Zustandes zurück. Partielle Verwachsungen weisen manchmal weder Symptome, noch physikalische Merkmale auf und selbst eine fast vollständige Verklebung des Pericards mit dem Herzen kann unter Umständen dessen Function nur sehr wenig hindern, vorausgesetzt, dass keine Verwachsungen des Herzbeutels mit der Brustwand bestehen. Anders ist dies, wenn Bronchitis, Nierenerkrankung oder andere Zustände, welche eine erhöhte arterielle Spannung bedingen, hinzutreten. Dann können selbst geringfügige Verwachsungen im Gebiete des rechten Herzens schwere Störungen hervorrufen; ebenso natürlich bei Klappenfehlern und den Altersveränderungen des Herzens. Die Symptome sind indess nicht besonders charakteristisch, in manchen Fällen von Hydrops universalis kann ein Fehlen der Stauungssymptome von Seiten der Lunge darauf hinweisen. Unter den physikalischen Symptomen wird das vollständige Ausbleiben der respiratorischen Bewegungen im Epigastrium erwähnt, sowie eine relativ geringe Verschiebung des Spitzenstosses während der Inspiration. Das Verhalten des Pulses und der auscultatorische Befund geben keinerlei sichere Anhaltspunkte.

Douglas Powell ist der Ansicht, dass nur wenig Fälle von Adhaesivpericarditis die Folge einer Herzbeutelentzündung sind, sondern meist auf parenchymatösen chronischen Erkrankungen des Herzens beruhen.

John Broadbent erwähnt, dass von 87 Fällen von Herzerkrankung, die in den Jahren 1890—93 am St. George's Hospital zur Section kamen, 31 pericarditische Verwachsungen zeigten und dass Sturge in einer anderen Statistik überhaupt nur 6 Proc. aller Herzaffectionen frei von Pericarditis fand. —

Clinical Society of London.

Sitzung vom 28. Januar 1898.

Todesursache beim acuten Gelenkrheumatismus.

Herringham berichtet über einen Fall von plötzlichem Tod im Verlaufe eines Gelenkrheumatismus bei einem 16 jährigen Mädchen. Gleich bei Beginn der Erkrankung war eine Complication von Seite des Herzens eingetreten, die Gelenkerscheinungen und das Fieber schwanden auf Salicyl. Dagegen trat rasch zunehmende Vergrösserung des linken Herzens ein. Der Tod erfolgte am 12. Krankheitstage unter den Erscheinungen eines acuten Lungenoedems. Die Section ergab acute Myocarditis als Todesursache. In der Discussion tritt Sir Dyce Duckworth, entgegen der von Maclagan vertretenen Ansicht, dass die myocarditischen Processe als eine Fortsetzung endo- oder pericardialer Entzündung zu betrachten sind, für eine primäre, durch das Krankheitsgift selbst erzeugte Myocarditis ein. Um die depressorische Wirkung des salicylsauren Natrons auf das Herz zu paralysiren, empfiehlt er reichliche Darreichung von Alkohol. Bei bestehender Idiosynkrasie wird es am besten ersetzt durch eine Combination von Chinin, Digitalis und Jodkalium. — F. L.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medico-chirurgische Akademie zu Neapel.

Sitzung vom 19. December 1897.

Zagari resümirt seine gemeinsam mit Di Pace erhobenen Resultate über die Entstehung der Harnsäure und der Gicht.

Die Harnsäure stamme direct vom Nuclein der Gewebszellen, dem Nuclein der regressiven Metamorphose der Leukocyten und dem mit der Nahrung eingeführten Nuclein.

Im Stoffwechsel habe man so 2 Gruppen von Substanzen zu unterscheiden, einerseits Albuminoide im Allgemeinen, welche durch ihre Oxydirung als letztes regressives Endproduct Harnstoff ergeben und andererseits Nucleine, deren Endproduct die Harnsäure ist. Es ist um so wichtiger, die Art und Weise der Harnsäureausscheidung zu studiren, als sie uns Anzeichen über die Zersetzung der Zellkerne und über das Verhalten der Zellen selbst geben kann.

Diese neue Theorie über die Entstehung der Harnsäure lässt die Autoren alle bis dahin in Geltung befindlichen Theorien über die Entstehung der Gicht verwerfen. Sie nehmen an, dass die Gicht in einer Anomalie des Lebens des Zellkernes einiger bestimmter Gewebe besteht, und dass durch Störungen des Stoffwechsels das Stoffwechselproduct dieser Zellkerne, die Harnsäure, sich im Gewebe selbst ablagert.

Malerba und De Renzi glauben, dass man bei der Erklärung der Gicht nicht die Thatsache der mangelhaften Oxydation vergessen dürfe. Es sei experimentell zu beweisen, dass die Harnsäure sich vermehrt durch Verminderung der Blutoxydation. Auch könne man nicht einen so scharfen Unterschied machen zwischen dem Stoffwechsel der Nucleine und der Albumine.

Z. erwidert, es sei kein Zweifel, dass Harnstoff durch synthetische Processe im Körper sich bilden könne und es sei auch klar bewiesen, dass dies in der Leber geschehe, aber für die Harnsäure können wir heute nur sagen, dass sie von den Nucleinen stammt, sowohl im Organismus als ausserhalb desselben.

Was die mangelhafte Oxydation und die Wirkung derselben auf Harnsäurebildung anbelangt, so sei sie nur für einige klinische Deductionen angewandt, betreffend Obesitas u. s. w., aber absolut nicht bewiesen. Es gibt Gichtiker, welche wenig Harnsäure im Blute und im Urin haben und es gibt Individuen, welche viel Harnsäure bilden und ausscheiden, wie leukaemische Individuen, ohne jemals gichtkrank zu sein. Die alten Theorien stützen sich auf die falsche Vorstellung, die Harnsäure als ein Product mangelhafter Oxydation zu betrachten. Wenn es so wäre, dann müsse der Harnstoffs ich vermehren, wenn sich die Harnsäure vermindert.

Hager-Magdeburg N.

IX. internationaler Congress für Hygiene und Demographie

zu Madrid im April 1898.

Der geschäftsführende Ausschuss des Deutschen Reichscomités zur Förderung des IX. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie in Madrid constituirte sich am 8 Februar. Auf Anregung des Herrn Geh. Obermedicinalrath Dr. Pistor wurde Herr Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Boeckh, der zweite Vicepräsident der internationalen permanenten Commission, zum Vorsitzenden, Herr Prof. Dr. C. Günther zum Schriftführer gewählt.

Se. Excellenz der Generalstabsarzt der Armee, Herr Dr. von Coler, hat das ihm angetragene Ehrenpräsidium angenommen.

Von Herrn Prof. Amalio Gimeno, dem Generalsecretär des Madrider Congresses, ist inzwischen mitgetheilt worden, dass die spanischen Eisenbahngesellschaften den Congressisten und ihren Familien 50 Proc., die transatlantische Dampfergesellschaft den Congresstheilnehmern, welche ihre Linien hin und zurück benutzen, 33 Proc. Fahrpreisermässigung gewähren wollen. Für Ausstellungsgegenstände werden 50 Proc. Frachtermässigung bewilligt.

Die Zeit der Ausstellung ist vom 10. April bis 10. Juli festgesetzt; die Anmeldungen zur Ausstellung sind an den Generalsecretär des Congresses, Herrn Prof. Dr. Amalio Gimeno, Madrid, Ministerium des Innern, zu richten. Ebendahin sind auch Berichte oder Mittheilungen, welche auf dem Congress vorgetragen werden sollen, vor dem 15. März d. J. einzusenden.

Der Beitrag für die Mitgliedschaft am Congress beträgt 25 Pesetas = 20 Mark, welche an Herrn Pablo Ruiz de Velasco, Präsident der Handelskammer in Madrid, einzusenden sind, der darauf Empfangsscheine ertheilen wird. Die Einsender wollen Namen und Wohnort (Strasse) deutlich schreiben.

Das Klima von Madrid wechselt im April oft schnell; Congressisten thun daher gut, sich mit Herbst- und Sommerkleidung zu versehen.

Vergnügungsfahrten nach Toledo, dem Escurial, Aranjuez und Granada werden vorbereitet. Bei der Königin-Regentin wird ein Empfang stattfinden u. s. w.

Der bequemste und schnellste Weg von Deutschland nach Madrid geht über Paris und Bordeaux.

Als Hôtels in Madrid werden vorläufig genannt: Hôtel de Paris, Hôtel de la Paix, Hôtel de Rome, Hôtel des Ambassadeurs.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 22. Februar. Die Verwaltung des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern hat im Frühling 1897 eine Commission niedergesetzt, um die Frage der Gründung einer Casse zur Unterstützung nothleidender Wittwen im Anschluss an den genannten Verein zu prüfen. Diese Commission hat jetzt einen Bericht erstattet, dem wir entnehmen, dass zur Zeit in Bayern 68 sicher hilfsbedürftige Wittwen leben; bei weiteren 58 ist die Hilfsbedürftigkeit fraglich, aber sehr wahrscheinlich. Um diese mit jährlich 150 M. zu unterstützen, wäre eine Jahressumme von 10 200, resp. von 18 900 M. erforderlich. Um diese Summe aufzubringen, soll der Invalidenverein, der sich in guten Vermögensverhältnissen befindet, jährlich 4—5000 M. beisteuern, event. wäre der Reservefond des Vereins von 10 000 M. der neuen Casse zu überweisen und der Rest soll durch Beiträge der Aerzte resp. Bezirksvereine geleistet werden.

Mit Bezug auf dieses Project geht uns von dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte nahestehender Seite folgende Zuschrift zu:

«Die ideale Tendenz, die sich in dem Berichte der Commission für Errichtung einer Wittwencasse ausspricht, verdient volle Anerkennung und die ziffermässigen Angaben über die Nothlage zahlreicher Arztenswittwen lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, dass der Plan einer ausgiebigen Unterstützung solcher Witwen einem Bedürfnisse entsprechen würde.

Am Schlusse des Berichts wird die Frage ventilirt, ob nicht der Pensionsverein für Witwen und Waisen bayerischer Aerzte durch den neuen Verein geschädigt würde. Dieselbe wird von der Commission verneint, da sicher nicht anzunehmen sei, dass ein College sich vom Eintritt in den Pensionsverein durch den Gedanken abhalten lässt, dass seine Wittwe ja doch Hoffnung habe, ein Almosen zu bekommen. Jedenfalls wird dieser Punkt eingehende Erwägung finden müssen, um so mehr, als der Pensionsverein aus bekannten Gründen (Abnahme der Mitgliederzahl) in seiner segensreichen Wirksamkeit gehemmt ist und die Befürchtung nicht ganz unterdrückt werden kann, dass der projectirte neue Verein dennoch dem Pensionsverein Eintrag thun wird.

Die Zahl der in dem Berichte angegebenen dürftigen Arztswittwen würde sicher viel geringer sein, wenn deren verstorbene Gatten den Beitritt zum Pensionsverein nicht verabsäumt hätten. Die seit längerer Zeit geplante Erhöhung der Beiträge sowie der Pension und die zu diesem Zwecke erforderliche Statutenänderung des Pensionsvereins werden sicher dazu beitragen, den Beitritt zu steigern und die Nothlage vieler ärztlicher Relicten wirksam zu lindern.»

— Im Finanzausschuss des bayerischen Landtages kam kürzlich, wie früher schon in der württembergischen Kammer, die Frage der Homöopathie zur Sprache. Der Abgeordnete Landmann sprach den Wunsch aus, dass ein Lehrstuhl für Homöopathie geschaffen werde, «nachdem man bereits für jeden Körpertheil einen Specialisten habe». Diese Anregung fand sympathische Aufnahme bei dem Cultusreferenten Dr. Daller, der eine gründliche Prüfung derselben wünschte und bei dem Vorsitzenden des Ausschusses Dr. Orterer. Die Antwort des Ministers Dr. v. Landmann lautete dahin, dass die Universität auf Anfrage kein Bedürfniss für einen Lehrstuhl der Homöopathie anerkannt habe, da diese keine Wissenschaft sei. Er wolle die Anregung übrigens im Auge behalten. — Es ist kein Zweifel, dass die Universität auch in Zukunft auf ihrem ablehnenden Standpunkt verharren wird.

— In der sächsischen 2 Kammer äusserte sich der Cultusminister sehr wohlwollend hinsichtlich des Frauenstudiums. Seit dem vorigen Jahre wird zwar bereits einzelnen Frauen der Besuch der Vorlesungen gestattet, doch nur unter gewissen Voraussetzungen. Jetzt wird sich das Cultusministerium mit der Frage beschäftigen, ob und wie den Frauen der Zugang znm Universitätsstudium zu erleichtern sei. Zunächst sollen in Leipzig Curse zur Erreichung des Maturitätszeugnisses eingerichtet werden.

— Im hygienischen Institut München wird Prof. H. Buchner vom 14.—29. März l. Jrs. einen bacteriologischen Curs abhalten, zu dem das k. Staatsministerium d. I. 20 mit dem Nachweise der bestandenen Staatsprüfung versehene Aerzte beiziehen wird. Jene praktischen oder Amtsärzte, welche nicht in einer der drei Universitätsstädte wohnen und an dem Curse theilzunehmen beabsichtigen, haben ihre Gesuche bis 1. März l. Js. beim k. Staatsministerium des Innern einzureichen. Den zum Curse zugelassenen Aerzten wird zur Bestreitung ihrer Baarauslagen einschliesslich des Honorars für den Leiter des Curses und des Aufwandes für erforderliche Materialien ein Aversalbetrag von je zweihundert Mark bewilligt. Die Zulassung von Theilnehmern, welche die Kosten selbst zu tragen geneigt sind, ist dem Leiter des Curses, k. Universitätsprofessor Dr. Hans Buchner anheimgegeben.

— Die Zahl der Aerzte beziffert sich zu Beginn dieses Jahres (1898): in Deutschland auf 24 393, in Frankreich auf ca. 26 000 und in England mit der Grafschaft Wales auf 18 936. In Paris kommt auf 1000 Seelen ein Arzt, in Berlin aber 1,28.

— Der V. internationale Congress für Hydrologie, Klimatologie und Geologie wird vom 25. September bis zum 1. October 1898 zu Lüttich in Belgien unter dem Protectorate Sr. kgl. Hoheit des Prinzen Albert stattfinden. Das Comité veröffentlicht soeben die Mitgliederliste und das Programm für die Sectionssitzungen. Adresse des General-Secretärs

G. Jorissenne, D. M., in Lüttich (Belgien). Die Vorträge in den allgemeinen Sitzungen können in deutscher, französischer, vlämischer oder englischer Sprache gehalten werden. Es bestehen 3 Sectionen: 1. für medicinische Hydrologie, 2. für medicinische Geologie mit Einschluss der allgemeinen Hydrologie, 3. für Klimatologie.

— Dr. Tappeiner in Meran wurde in den erblichen Adelstand erhoben.

— In der 5. Jahreswoche, vom 30. Januar bis 5. Februar 1898, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Fürth mit 35,5, die geringste Bielefeld mit 8,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Barmen, Mainz, Mühlhausen i. E. und Strassburg, an Diphtherie und Croup in Chemnitz, M.-Gladbach, Königshütte und Krefeld, an Scharlach in Berlin.

— Das «Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Cosmetik» von Dr. S. Jessner ist vor Kurzem in italienischer Uebersetzung erschienen.

— Unter dem Titel: «Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897» sind soeben die gesammten wissenschaftlichen Arbeiten der Conferenz, in 3 stattliche Bände zusammengefasst, im Verlag von Hirschwald in Berlin erschienen. Wie schon die Vorbereitung und Durchführung der Conferenz, so verräth nun auch die mustergiltige Herausgabe der Verhandlungen das ausserordentliche Geschick und die Umsicht des leitenden Geistes der Conferenz. Die «Mittheilungen und Verhandlungen» bilden den wichtigsten und umfassendsten Beitrag zur Lepraliteratur und werden Allen unentbehrlich sein, die sich in Zukunft mit dieser wichtigen und interessanten Krankheit befassen wollen.

(Hochschulnachrichten.) **München.** Am 19. Februar habilitirte sich Dr. Josef Trumpp, Assistent an der k. Universitäts-Kinder-Klinik, für das Fach der inneren Medicin (Kinderheilkunde) mit einer Probevorlesung: «Ueber Immunität und Immunisirung.» Die Habilitationsschrift führt den Titel: «Das Phänomen der Agglutination und seine Beziehungen zur Immunität.»

Amsterdam. Habilitirt: Dr. W. van Hoorn für Dermatologie. — **Basel.** Dr. Roth, Professor der pathologischen Anatomie, hat seine Lehrstelle niedergelegt. — **Palermo.** Habilitirt: Dr. A. Ajello für chirurgische Pathologie. — **Pavia.** Habilitirt: Dr. G. Marenghi für allgemeine Pathologie.

(Todesfälle.) In Nordhausen starb Dr. Oskar Hasse, 61 Jahre alt. Er hatte vorübergehend von sich reden gemacht durch seinen Vorschlag der Lammbluttransfusion, der jedoch bald allgemein verworfen wurde.

In Leipzig starb der ausserordentliche Professor der Laryngo-Rhinologie Dr. W. Moldenhauer, 53 Jahre alt.

In Groningen starb, 64 Jahre alt, der frühere Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. M. H. Sänger.

Wie wir mit Bedauern hören, ist Sanitätsrath Dr. Johann Konrad Busch in Krefeld, Mitglied des Geschäftsausschusses des Aerztevereinsbundes und der rheinischen Aerztekammer, gestorben. Der deutsche Aerztevereinsbund verliert mit ihm eines seiner ältesten, thätigsten und verdientesten Mitglieder, der namentlich in Fragen der Krankenversicherung seine grosse Erfahrung und Sachkenntniss stets in den Dienst des Bundes stellte. Als Redacteur des socialen Theils des Aerztlichen Vereinsblattes wird er zunächst nicht zu ersetzen sein. Wir behalten uns eine eingehendere Würdigung seiner Verdienste vor.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verzogen: Dr. Carl Niedermeier von Kallmünz (Burglengenfeld) nach Regensburg.

Abschied bewilligt: dem Oberstabsarzt 2. Classe Dr. Schuster, Regimentsarzt vom 2. Fuss-Art.-Reg. mit der gesetzlichen Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen; den Stabsärzten der Landwehr 1. Aufgebots Dr. Joseph Hagl, diesem mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform, und Dr. Gottfried Klein (Dillingen); in der Landwehr 2. Aufgebots dem Assistenzarzt 1. Classe Jakob Kling (Ludwigshafen); Assistenzarzt 1. Classe der Reserve Dr. Johann Jessen (Hof).

Ernannt zum Regimentsarzt im 2. Fuss-Art.-Reg. der Stabsarzt Dr. Baudrexl, Bataillonsarzt vom 5. Inf.-Reg., unter Beförderung zum Oberstabsarzt 2 Classe.

Befördert zum Stabsarzt der Assistenzarzt 1. Classe Dr. Morhart im 2. Jäger-Bat., zum Assistenzarzt 1. Classe der Assistenzarzt 2. Classe Dr. Rossnitz im 2. Feld-Art.-Reg.

Auszeichnung: dem Stabsarzt Dr. Dieudonné der Commandantur Würzburg wurde für den K. Preuss. Rothen Adler-Orden 4. Classe am schwarz-weissen Bande die Erlaubniss zur Annahme und zum Tragen ertheilt; dem Stabsarzt der Reserve Dr. Ernst Löhlein (Hof) wurde für das Commandeurkreuz des Fürstlich Bulgarischen Civil-Verdienstordens die Erlaubniss zum Tragen ertheilt.

Gestorben: Dr. Anton Wocher, 83 Jahre alt, in Günzburg a. D.

Correspondenz.

Zum Entwurf einer Standesordnung.

Herr Hofrath Brauser schreibt uns: Zu meinem Artikel: «Die neue Standesordnung der bayerischen Aerzte» in der vorigen Nummer dieses Blattes hat die Redaction auf Seite 211 eine Fussnote gebracht, welche ich nicht unerwidert lassen kann. Die Münchener medicinische Wochenschrift hat seinerzeit bei Besprechung unseres Entwurfes einer Standesordnung, speciell der Ziff. 1., worin auch ausserberufliche Verfehlungen der Disciplinargewalt der Vereine unterworfen werden wollen, die Befürchtung ausgesprochen, es möchte durch diese unsere Fassung die Stellung der preussischen Aerzte gegenüber ihrer Regierung geschwächt werden, nachdem sich dieselben entschieden gegen eine solche Ausdehnung der Disciplinargewalt erklärt hatten. Ich habe diese Befürchtung nicht theilen zu müssen geglaubt, und habe speciell auf den Erlass des Cultusministers Dr. v. Bosse vom 27. December 1897 hingewiesen, welcher ausdrücklich betont, dass es sich nicht um politische, religiöse oder wissenschaftliche Ansichten eines Arztes handeln könne, dass jedoch Verstösse gegen die Standesehre auch ausserberuflich geschehen können. Ich muss wiederholt meiner Ueberzeugung und zugleich meiner Hoffnung Ausdruck geben, dass unsere preussischen Collegen gerade in Folge dieser ministeriellen Erklärung ihren Widerstand gegen die Hereinziehung des ausserberuflichen Verhaltens aufgeben werden. Uebrigens bedurfte der preussische Cultusminister gewiss nicht unseres bayerischen Entwurfes als wirksames Argument für seine Entschliessung, nachdem einerseits diese unsere bayerische Standesordnung noch im Stadium des Entwurfes sich befindet und noch von verschiedenen Factoren Aenderungen unterzogen werden kann, und nachdem andererseits viel positivere Argumente, nämlich die königlich sächsische Standesordnung und die deutsche Rechtsanwaltsordnung, beide bereits in Wirksamkeit befindliche Gesetze, ihm zur Verfügung standen. Die Entscheidung dieser Frage können wir ruhig den maassgebenden Factoren überlassen. Eine Besprechung derselben in der Presse kann nur zu ihrer Klärung beitragen. Hofrath Dr. Brauser.

Die vorstehende Erklärung trifft den Kern unserer Fussnote nicht. Die Thatsache, dass der bayerische Entwurf dem preuss. Cultusminister das wirksamste Argument für die Ablehnung des Wunsches der preussischen Aerzte geliefert und dass er somit eine Schwächung der Stellung der letzteren bewirkt hat, bleibt bestehen. Und zwar musste der Hinweis auf den bayerischen Entwurf desshalb wirksamer sein als der auf die sächsische Standesordnung und auf die Rechtsanwaltsordnung, weil dort von einer ärztlichen Standesvertretung die fragliche Bestimmung gefordert wurde, nachdem die preussischen Collegen und deren Vertretung dieselbe kurz vorher einmüthig und entschieden zurückgewiesen hatten. Dass der Minister gleichzeitig eine, allerdings nur persönliche, Versicherung abgab, welche die hauptsächlichsten der gegen die Bestimmung gerichteten Bedenken zerstreut, ändert nichts an dieser Sachlage. — Wir wollen übrigens nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit auf den Widerstreit der Auslegung hinzuweisen, welche die beiden Väter des Entwurfes, Herr Hofrath Mayer in No. 51, S. 1494 des vor. Jahrg. und Herr Hofrath Brauser in seinem Artikel in vor. No., dem § 1 geben.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 6. Jahreswoche vom 6. bis 12. Februar 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 12 (9), Diphtherie, Croup 34 (28), Erysipelas 12 (20), Intermittens, Neuralgia interm. — (2), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 58 (95), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 4 (4), Parotitis epidem. 6 (5), Pneumonia crouposa 21 (23), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 29 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 12 (16), Tussis convulsiva 18 (12), Typhus abdominalis 2 (1) Varicellen 19 (19), Variola, Variolois — (—). Summa 227 (258).

Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 6. Jahreswoche vom 6. bis 12. Februar 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern 3 (4), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 6 (3), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber 1 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 1 (2), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 4 (1), Croupöse Lungenentzündung 6 (—), Tuberculose a) der Lungen 22 (22), b) der übrigen Organe 3 (5), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (2), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord 3 (3), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 181 (184), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 21,9 (22,3), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,7 (13,5), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 12,8 (12,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.